

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALIMENTOS, NUTRIÇÃO E SAÚDE

CAIO GUSTAVO SIMONELLI

**VIGILÂNCIA NUTRICIONAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS KAIOWÁ, GUARANI E
TERENA MENORES DE CINCO ANOS DO MATO GROSSO DO SUL: Um estudo de
tendência temporal de 2006 a 2019**

DOURADOS-MS

2021

CAIO GUSTAVO SIMONELLI

**VIGILÂNCIA NUTRICIONAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS KAIOWÁ, GUARANI E
TERENA MENORES DE CINCO ANOS DO MATO GROSSO DO SUL: Um estudo de
tendência temporal de 2006 a 2019**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), para obtenção do título de Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde.

Área de concentração: Alimentos, Nutrição e Saúde

Linha de Pesquisa: Nutrição e Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Verônica Gronau Luz

DOURADOS-MS

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

S598v	<p>Simonelli, Caio Gustavo.</p> <p>Vigilância nutricional de crianças indígenas kaiowá, guarani e terena menores de cinco anos do mato Grosso do Sul : um estudo de tendência temporal de 2006 a 2019. / Caio Gustavo Simonelli. – Dourados, MS : UFGD, 2021.</p> <p>Orientadora: Prof. Dra. Veronica Gronau Luz.</p> <p>Dissertação (Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde) – Universidade Federal da Grande Dourados.</p> <p>1. Monitoramento nutricional. 2. Estudos de séries temporais. 3. Saúde de populações indígenas. 4. Saúde da criança. I. Título.</p>
-------	--

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central – UFGD.

©Todos os direitos reservados. Permitido a publicação parcial desde que citada a fonte.



UFPGD

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
ALIMENTOS, NUTRIÇÃO E SAÚDE

ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR CAIO GUSTAVO SIMONELLI, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ALIMENTOS, NUTRIÇÃO E SAÚDE, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO “ALIMENTOS, NUTRIÇÃO e SAÚDE”.

Aos três dias do mês de dezembro de dois mil e vinte e um, às 13 horas e 30 minutos, em sessão pública, realizou-se na Universidade Federal da Grande Dourados a DEFESA de DISSERTAÇÃO de Mestrado intitulada “VIGILÂNCIA NUTRICIONAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS KAIOWÁ, GUARANI E TERENA MENORES DE CINCO ANOS DO MATO GROSSO DO SUL: Um estudo de tendência temporal de 2006 a 2019”, apresentada por **Caio Gustavo Simonelli**, do Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde, à Banca Examinadora constituída pelos membros: Dr.^a Verônica Gronau Luz - UFPGD (presidente), Dr.^a Amanda Cristina de Souza Andrade - UFMT, Dr.^a Rita de Cassia Bertolo Martins - UFPGD. Iniciados os trabalhos, o (a) presidente deu a conhecer ao(à) candidato(a) e aos integrantes da Banca as normas a serem observadas na apresentação da Defesa. Após o(a) candidato(a) ter apresentado a sua explanação, os componentes da Banca Examinadora fizeram suas arguições. Terminada a apresentação, a Banca Examinadora, realizou os trabalhos de julgamento, tendo sido o candidato considerado APROVADO. **Os membros da banca abaixo assinados atestam que todos os membros participaram de forma remota¹ desta defesa de dissertação, considerando o candidato APROVADO, conforme declaração anexa.** Nada mais havendo a tratar, lavrou-se a presente ata, que vai assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

¹conforme: § 3º do Art. 1º da Portaria RTR/UFPGD n. 200, de 16/03/2020, Instrução Normativa PROPP/UFPGD N° 1, de 17/03/2020 e Portaria CAPES n. 36 de 19/03/2020.

Dr.^a Verônica Gronau Luz - UFPGD (presidente)

participação remota

Dr.^a Amanda Cristina de Souza Andrade - UFMT

participação remota

Dr.^a Rita de Cassia Bertolo Martins - UFPGD

participação remota

Dourados, 03 de dezembro de 2021.

¹ Participação remota dos membros da banca conforme § 3º do Art. 1º da Portaria RTR/UFPGD n. 200, de 16/03/2020 e Art. 2º e 5º da Instrução Normativa PROPP/UFPGD N° 1, de 17/03/2020

ATA HOMOLOGADA EM: __/__/__, PELA PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA / UFPGD.

AGRADECIMENTOS

A toda espiritualidade, aos grande Deus e à grande Deusa, por estarem ao meu lado direcionando e orientando. Gratidão aos meus mestres e mentores espirituais por me protegerem durante toda a jornada e me encaminharem à direção correta.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Verônica Gronau Luz, por acreditar no meu potencial, ter permitido essa experiência maravilhosa, pela amizade, disponibilidade, humildade, ensinamentos que levarei por toda vida e pela ajuda em todos os momentos.

À minha amiga Renata, pela amizade, desabafos e parceria construída e por sempre estar ao meu lado apoiando e ajudando no que fosse preciso.

A todos os parceiros do nosso grupo de mestrado, principalmente à Fabiana pela ajuda na tabulação de dados, foi essencial para a execução desse trabalho.

À Prof^a Dr^a Naiara Ferraz Moreira por todo suporte com o processamento de dados estatísticos, correção e toda ajuda durante esse processo.

À banca de qualificação, Prof^a. Dra. Rita de Cássia, Prof^o Dr. Maurício Soares Leite e Prof^a. Dra. Amanda Cristina de Souza Andrade, por todas as colaborações e sugestões para a melhoria do trabalho.

Aos professores Prof^o Dr. Maurício Soares Leite, pela leitura e contribuições para a melhoria dos artigos e a Prof^a. Dra. Amanda Cristina de Souza Andrade por direcionar as análises estatísticas.

Ao meu esposo Victor pelo incentivo para cursar o mestrado, por toda paciência, compreensão, companheirismo, suporte, acolhimento dos choros e angústias e ajuda durante todo o processo.

À minha mãe Soeli e ao meu pai Ilson (em memória) por sempre me incentivarem e apoiarem nos estudos e por acreditarem no meu potencial. Apesar de todas as dificuldades, sem eles nada disso seria possível.

Ao meu avô Agilio (em memória), por toda a sua ajuda, por acreditar em mim e ser um segundo pai.

EPÍGRAFE

“(...) Quem tem fome tem pressa
E não pode esperar
A fome é perversa
E não dá pra negar
E quem alimenta esse monstro do mal
É a desigualdade social (...)”.

(Alexandre de Pílares; Emicida; Gilson Bernini; Mosquito)

APRESENTAÇÃO

A minha história com os povos indígenas começa com a entrada na Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde Indígena, do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), no ano de 2014. Anteriormente a esse momento, não conhecia a realidade desses indivíduos, pois realizei a minha graduação em Nutrição no interior do Paraná, de onde vim para cursar a Residência.

Durante essa formação estive em diferentes espaços de produção de cuidado como o HU-UFGD; Hospital Porta da Esperança; reuniões e manifestações do controle social; diversos territórios indígenas e a própria Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI); cada momento foi único e possibilitou o deslocamento e reflexão sobre meu trabalho como nutricionista.

Ao terminar a Residência fui contratado para trabalhar na SESAI, especificamente no Polo Base de Dourados, dentro da Reserva Indígena. O contato diário com a comunidade e seus problemas intensificaram meus questionamentos, principalmente os relacionados com a alimentação e nutrição. A presença de tantas iniquidades é conhecida pelos órgãos competentes?

O mestrado possibilitou sistematizar esses questionamentos de forma científica e assim surgiu o projeto de pesquisa “Soberania e (in)segurança alimentar e nutricional entre os povos Guarani, Kaiowá e Terena”, no qual a proposta foi realizar um levantamento sobre o acesso a alimentos e demais questões nutricionais, algo nunca feito dentro da reserva. No entanto, devido à pandemia da COVID-19 não foi possível realizar esse trabalho até o momento, pois se trata de uma pesquisa domiciliar.

Diante desse triste cenário ocorreu a necessidade de modificar o tema da dissertação. Como alternativa, optou-se por realizar a análise no banco de dados do monitoramento dos menores de cinco anos de idade do Polo Base de Dourados, dos últimos 14 anos, sendo esta uma análise inédita.

O modelo de dissertação apresentado segue a estrutura preconizada pelo Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde (PPGANS), da UFGD, iniciando-a com a introdução e uma ampla revisão da literatura e finalizando-a com os objetivos. Os métodos serão apresentados nos dois artigos, que são os produtos finais desta dissertação. Pelo fato do conteúdo da dissertação ser em formato de artigos, haverá três diferentes listas de referências: duas ao final de cada um dos artigos e a última referente ao todo o conteúdo apresentado na dissertação. Na

estrutura proposta, acrescentou-se o item Justificativa, para uma melhor compreensão e elo da revisão da literatura com os objetivos.

Os artigos 1 e 2 serão submetidos a Revista Cadernos de Saúde Pública, um em formato de Comunicação Curta e o outro em formato de Artigo Original, respectivamente. As regras para submissão a esta revista encontram-se anexas a esta Dissertação.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a cobertura e a tendência temporal do estado nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, entre os anos de 2006 e 2019. Trata-se de um estudo descritivo realizado com dados secundários coletados por trabalhadores da saúde do Polo Base de Dourados desde 2006 até 2019, autorizado pela SESAI e DSEI-MS. As planilhas continham: nome da criança, sexo, peso, datas de nascimento e de avaliação. A análise da série histórica para os 14 anos foi feita no Programa *Joinpoint Regression Program*. Foram atendidas em média, anualmente, 2059 crianças, com cobertura média de 95,4% (IC95% 94,09; 96,78). Com relação ao estado nutricional, os resultados da tendência temporal mostraram que o Muito Baixo Peso para idade apresentou aumento não significativo para menores de 2 anos e menores de 5 anos, mas significativo para crianças de 2 a menores de 5 anos; o Baixo Peso para idade reduziu nos 14 anos, com aumento não significativo para os maiores de 2 anos; e o Peso Elevado para idade aumentou significativamente em todas as divisões etárias durante toda a série histórica. A cobertura de avaliação do estado nutricional foi alta e constante em quase todo o período avaliado. Os dados revelam taxas de cobertura infantil indígena surpreendentemente elevadas no Polo de Dourados. A extrema vulnerabilidade em que as comunidades indígenas vivenciam reflete diretamente em suas condições de alimentação e em seus indicadores nutricionais e de saúde.

Palavras chaves: Monitoramento Nutricional; Estudos de Séries Temporais; Saúde de Populações Indígenas; Saúde da Criança.

ABSTRACT

This research aims to analyze the coverage and temporal trend of the nutritional status of indigenous children under five years old in Base Pole of Dourados, Mato Grosso do Sul, Brazil, between 2006 and 2019. This is a descriptive study carried out with secondary data collected by health workers at Base Pole of Dourados from 2006 to 2019, authorized by SESAI and DSEI-MS. The worksheets contained: child's name, gender, weight, birth and evaluation dates. The analysis of the historical series for the 14 years was carried out in the *Joinpoint Regression Program*. An annual average of 2059 children were assisted, with an average coverage in the period of 95.4% (95%CI 94.09; 96.78). Regarding nutritional status, the results of the temporal trend showed that the very low weight for age showed a non-significant increase for under two years old and under five years, but significant for older than two years; low weight for age reduced at 14 years, with a non-significant increase at older than two years old; and the heavy weight for age significantly increased in all age groups throughout the entire time series. The coverage of nutritional status assessment was high and constant throughout almost the entire period assessed. The data reveal surprisingly high rates of indigenous child coverage in the Dourados Base Pole. The extreme vulnerability in which indigenous communities live directly reflects on their food conditions and on their nutritional and health indicators.

Keywords: Nutritional Surveillance; Time Series Studies; Health of Indigenous Populations; Child Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil.....	20
Figura 2. Modelo organizacional e assistencial do DSEI.....	21
Quadro 1. Esquema de Suplementação de Vitamina A.....	35
Quadro 2. Classificação do déficit nutricional para crianças menores de cinco anos de acordo com o parâmetro antropométrico.....	38
Figura 3. Modelo conceitual das consequências da desnutrição.....	39
Figura 4. Distribuição dos Polos Base no DSEI MS, CASAI's e das etnias no Mato Grosso do Sul.....	40
Gráfico 1 - Distribuição da porcentagem de cobertura de avaliação de crianças indígenas menores de cinco anos de idade, para cada mês e ano, entre 2006 e 2019. Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil.....	52
Gráfico 2 - Variação da série histórica anual da cobertura de avaliação nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos de idade do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2006-2019.....	53
Figura 5 – Tendência temporal da prevalência do Muito Baixo Peso em crianças indígenas menores de cinco anos por faixa etária, do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul - Brasil, para todo o período de 2006 a 2019.	64
Figura 6 – Tendência temporal da prevalência do Baixo Peso em crianças indígenas menores de cinco anos por faixa etária, do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul - Brasil, para todo o período de 2006 a 2019.	65
Figura 7 – Tendência temporal do Peso Elevado para a idade em crianças indígenas menores de cinco anos por faixa etária do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul - Brasil, para todo o período de 2006 a 2019.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Porcentagem de cobertura de avaliação de crianças indígenas menores de cinco anos de idade do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2006 a 2019.....	51
Tabela 2 – Estado nutricional médio anual de crianças indígenas menores de cinco anos (<2 anos; de >2 e <5 anos; e <5 anos) de idade atendidas no Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2006 a 2019.....	62
Tabela 3 – Variação percentual anual (APC) do estado nutricional nas crianças indígenas menores de cinco anos do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, para todo o período de 2006 a 2019.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS – Agente Indígena de Saúde
AISAN – Agente Indígena de Saneamento
APC - Variações percentuais anuais
BP – Baixo Peso
CASAI – Casa de Saúde Indígena
CEP-UFGD – Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal da Grande Dourados
CGPAN – Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CLSI – Conselho Local de Saúde Indígena
CNSI - Conferência Nacional de Saúde Indígena
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DESAI – Departamento de Saúde Indígena
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
E/I – Estatura para Idade
EBIA – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional Domiciliar
EMSI – Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
Estratégia AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz
Funai – Fundação Nacional do Índio
Funasa – Fundação Nacional de Saúde
IAN – Insegurança Alimentar e Nutricional
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Intervalo de Confiança
ICCN – Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais
IMC - Índice de Massa Corporal
IMC/I – Índice de Massa Corporal para Idade
INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

LOSAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

MBP – Muito Baixo Peso

MS – Mato Grosso do Sul

OMS – Organização Mundial da Saúde

P/E – Paso para Estatura

P/I - Peso para Idade

PBF – Programa Bolsa Família

PE – Peso Elevado

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

PRONAN – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

RID – Reserva Indígena de Dourados

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

Sasi-SUS – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SISAN – Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional

Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SPILTN – Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais

SPI - Serviço de Proteção ao Índio

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSI – Unidade Básica de Saúde Indígena

UI – Unidades Internacionais

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 Povos Indígenas no Brasil: história e saúde	17
2.1.1 História da Saúde Indígena no Brasil	17
2.1.2 Estrutura e organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.....	19
2.1.3 Saúde, nutrição e condições de vida dos povos indígenas	21
2.2 Vigilância Alimentar e Nutricional: história e desafios	25
2.3 Vigilância Alimentar e Nutricional no contexto dos povos indígenas	27
2.3.1 Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI.....	27
2.3.2 Segurança Alimentar e Nutricional entre os povos indígenas.....	28
2.4 Atenção Nutricional na Infância	32
2.4.1 Desnutrição Infantil	37
2.5 Organização da saúde no Mato Grosso do Sul e a Reserva Indígena de Dourados	39
2.5.1 Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul – DSEI – MS	39
2.5.2 Organização e Cobertura do Polo Base de Dourados.....	41
2.5.3 Reserva Indígena de Dourados – RID: história e violações de direitos humanos.....	42
2.5.4 O trabalho da EMSI na assistência à saúde da criança.....	44
3 JUSTIFICATIVA	46
4 OBJETIVOS	47
4.1 Objetivo geral	47
4.2 Objetivos específicos	47
5 ARTIGOS	48
5.1 SÉRIE HISTÓRICA DA COBERTURA DE VIGILÂNCIA NUTRICIONAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS KAIOWÁ, GUARANI E TERENA DO MATO GROSSO DO SUL, BRASIL, 2006-2019	48
5.2 ARTIGO 2: ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS KAIOWÁ, GUARANI E TERENA DO MATO GROSSO DO SUL: Um estudo de tendência temporal de 2006 a 2019	57
REFERÊNCIAS	73
ANEXOS	89
ANEXO A – APROVAÇÃO CEP/CONEP	89
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO USO DO DSEI-MS PARA USO DOS DADOS	103

1 INTRODUÇÃO

No Brasil existem diversos povos indígenas, cada qual com a sua cultura e tradição. Em 2010, no último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), essa população era de 896,9 mil indivíduos autodeclarados indígenas (BRASIL, 2012). Devido às suas peculiaridades e especificidades foi necessário a criação de um sistema diferenciado e que contemplasse tal demanda. Assim, depois de muita luta e reivindicação dos povos, foi criado em 1999, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS), no qual a principal atuação é na Atenção Primária em Saúde (APS) que ocorre diretamente nos territórios indígenas (BRASIL, 1999a).

As equipes multiprofissionais de saúde indígena têm como prioridade de assistência, a saúde materno infantil, com destaque para as crianças menores de cinco anos, visto que nesta fase da vida ocorre um importante estágio de intenso crescimento e desenvolvimento. Além disso, o infante é extremamente vulnerável fisiologicamente, estando exposto às condições higiênico-sanitárias do meio em que estão inseridos. Assim, o acesso à água potável, ao saneamento básico, ao aleitamento materno e aos alimentos de qualidade, garante a saúde da criança na primeira infância (BRASIL, 2018).

No ano de 2009, o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, evidenciou um cenário de desnutrição entre as crianças menores de cinco avaliadas no Brasil (BRASIL, 2009). Diante disso e dos estudos pontuais realizados com povos indígenas em todo o país que confirmaram este cenário nutricional, a estruturação e a intensificação da Vigilância Alimentar e Nutricional nas áreas indígenas foi e tem sido uma ferramenta indispensável para o monitoramento do perfil nutricional desses indivíduos, para nortear ações e estratégias de prevenção aos agravos às crianças, sobretudo a mortalidade infantil. Nessa perspectiva, este estudo irá abordar a Vigilância Nutricional nas crianças indígenas menores de cinco anos dentro do território indígena do maior Polo Base do Brasil: o Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Povos Indígenas no Brasil: história e saúde

2.1.1 História da Saúde Indígena no Brasil

A história dos povos indígena no Brasil é marcada por diversas tentativas de eliminá-los do seu território tradicional, inicialmente pelos europeus, e depois pelo Estado brasileiro, seja com a introdução de doenças nunca antes existentes, seja por meio de massacres sofridos por essa população que habitava 100% do país até a chegada dos portugueses (CARNEIRO DA CUNHA, 1992).

Em 20 de junho de 1910, o governo criou o Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPI/TN), cuja finalidade era incorporar os povos indígenas aos trabalhadores para a integração à sociedade nacional, visando a hegemonia étnica e o desaparecimento da identidade cultural. No ano de 1911, o SPI/TN passou por reformulações para prover um atendimento diferenciado aos povos indígenas, embora apenas em 1918 ele foi desvinculado da ‘localização dos trabalhadores nacionais’ e se tornou apenas Serviço de Proteção ao Índio (SPI), mantendo o seu objetivo de integrar os indígenas à sociedade brasileira (CAVALCANTE, 2019; LOURENÇO, 2019).

Os cuidados em saúde prestados na época do SPI eram esporádicos e não havia programas e ações sistematizadas, limitando a assistência apenas ao atendimento de emergências vinculadas às epidemias (COSTA, 1987; MARTINS, 2013). Em 1956, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas, vinculado administrativamente ao Serviço Nacional de Tuberculose, para prestar assistência às populações indígenas isoladas e de difícil acesso (COSTA, 1987).

Em 1967, após relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito que apurou irregularidades, corrupção e genocídio no SPI, o órgão foi extinto e então, criada a Fundação Nacional do Índio (Funai). A este órgão coube “as responsabilidades de criar as diretrizes de política indigenista, gerir o patrimônio indígena, promover estudos e pesquisas, prestar assistência médico-sanitária, educação de base, e exercer o poder de polícia nas áreas indígenas” (BRASIL, 1967, p. 1). Assim, a Funai organizou as Equipes Volantes de Saúde, formadas por médico, enfermeiro, dentista e bioquímico (MARTINS, 2013). Entretanto o trabalho dessas equipes não era sistematizado e não obteve êxito (CAVALCANTE, 2019; COSTA, 1987).

Na década de 1970, a luta pela reforma sanitária ganhou força no Brasil e, no mesmo ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que definiu o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1986, ocorreu a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, onde o movimento indígena reivindicou a criação de um sistema de saúde específico e universal com a participação nos processos decisórios de planejamento, execução e avaliação de ações e atividades (MARTINS, 2013). É importante destacar que em 1988 houve a promulgação da Constituição Federal, que representou um verdadeiro marco para a democracia brasileira e reconhece os direitos sociais, territoriais e a importância dos povos indígenas, bem como “a saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

No início da década de 1990, o SUS foi criado por meio da Lei nº. 8.080, responsável pela organização da saúde pública em todo território nacional. Já a Lei nº. 8.142/1990 trata da participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 1990a; 1990b). Além disso, outros atos legais são publicados com o objetivo da criação de um subsistema para os povos indígenas, dentre eles o Decreto nº. 23, de 04 de fevereiro de 1991, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas e a instituição da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (BRASIL, 1991a), pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº. 11, de 31 de outubro de 1991, trazendo a definição legal de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) com o estabelecimento das responsabilidades institucionais (BRASIL, 1991b; MARTINS, 2013; FERNANDES *et al.*, 2019).

Ainda em 1991, o Decreto Ministerial nº. 23, transferiu a coordenação e responsabilidade da saúde indígena da Funai para a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), resultado da reivindicação dos povos indígenas na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde. No entanto, em 1994, esse decreto é revogado e a saúde indígena retorna para a administração da Funai, provocando um conflito entre as instituições (CARDOSO; SANTOS; COIMBRA JR, 2007).

O conflito entre Funai e Funasa, a respeito da gestão da saúde dos povos indígenas, cessou em 1998, quando foi considerado inconstitucional a continuidade do gerenciamento da saúde indígena pelo Ministério da Justiça, ao qual estava vinculada a Funai. Em 1999, finalmente foi aprovada a Lei nº. 9.836, conhecida como Lei Arouca – em homenagem ao sanitarista e parlamentar Sérgio Arouca – que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena dentro do SUS (Sasi-SUS) (BRASIL, 1999a; CARDOSO; SANTOS; COIMBRA JR, 2007).

O subsistema foi organizado na forma de DSEI, que são as sedes administrativas descentralizadas. Estes foram instituídos conforme as características étnicas, culturais, populacionais e territoriais, sendo que um estado pode contemplar mais de um distrito, ou um mesmo DSEI pode abranger mais de um estado (BRASIL, 2002a; 2015). Portanto, é responsável pela organização e funcionamento da atenção à saúde das comunidades indígenas de forma articulada, hierarquizada e integrada ao SUS (CARDOSO; SANTOS; COIMBRA JR, 2007). Após a criação do subsistema, o Ministério da Saúde foi denominado como órgão gestor e repassou a responsabilidade para Funasa (BRASIL, 2010a).

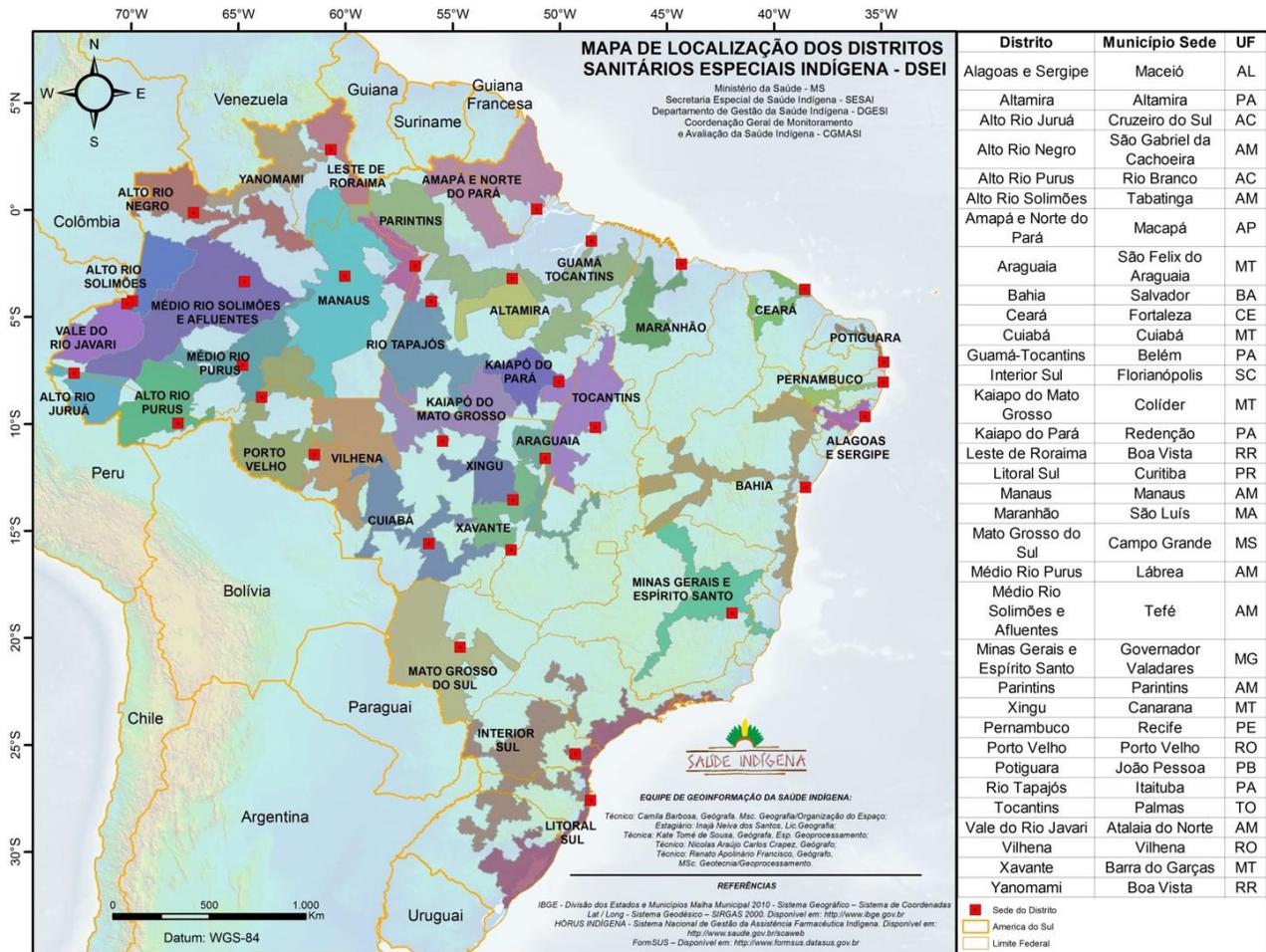
No ano de 2002, é publicada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI, que tem como finalidade a organização de uma atenção à saúde diferenciada para os povos indígenas em todo território nacional. A PNASPI é organizada em nove diretrizes que tem como objetivo proporcionar a atenção integral à saúde, direcionados pelos princípios do SUS, bem como a valorização e articulação da cultura e medicina tradicional indígena com a medicina ocidental (BRASIL, 2002a).

A gestão do subsistema pela Funasa não estava contemplando as necessidades das comunidades indígenas, portanto umas das reivindicações foi a autonomia do subsistema. Assim, em outubro de 2010, o Sasi-SUS passou a ser gerido pelo Ministério da Saúde, sendo criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) (BRASIL, 2010a; 2010b).

2.1.2 Estrutura e organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

A saúde indígena é organizada desde 1999, a partir dos 34 DSEIs existentes até hoje em todos o Brasil. A localização dos DSEIs, o município sede e o estado da federação em que cada Distrito abrange estão mostrados na Figura 1.

Figura 1. Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil.



Fonte: BRASIL, 2020.

Os DSEIs são responsáveis pela coordenação das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, saneamento básico, gestão, apoio técnico e apoio ao controle social. Subordinados a estes, estão os Polos Base que são subdivisões territoriais dos DSEIs, sendo base para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) organizarem, técnica e administrativamente, a atenção à saúde destes povos. Dessa forma, os Polos Base são estabelecidos seguindo o mesmo critério dos distritos, podendo um único Polo englobar mais de um município ou região (BRASIL, 2015).

As Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), estão localizadas nas aldeias, são responsáveis por acolherem as EMSI e a comunidade indígena e é onde ocorre toda a Atenção Primária à Saúde (APS). Outro importante ponto da rede de saúde indígena é a Casa de Saúde

Indígena (CASAI), cuja função é de uma casa de trânsito, onde os indígenas referenciados à uma Rede de Serviços do SUS recebem apoio, acolhimento, alojamento, alimentação, transporte e assistência, sendo destinada também aos acompanhantes, quando necessário (BRASIL, 2015). A Figura 2 mostra o modelo de organização e assistência na rede de saúde indígena.

Figura 2. Modelo organizacional e assistencial do DSEI.



Fonte: BRASIL, 2017a

Os profissionais que compõem a EMSI, considerados a equipe mínima, são: médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal, Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Os demais profissionais de nível superior como: assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas ou outros, são considerados a equipe de apoio e podem ou não existir nos Polos Base, a critério dos gestores e de acordo com a realidade de cada local.

2.1.3 Saúde, nutrição e condições de vida dos povos indígenas

O Censo brasileiro realizado a cada 10 anos, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) incluiu a autodeclaração de raça/cor indígena apenas a partir de 1991. Antes desse período, o número de indígenas era estimado por entidades e órgãos indigenistas. Apenas em 2010, dentro da raça/cor indígena é que foi incluída a etnia a que aquele indivíduo era pertencente, chegando então à diversidade de 305 povos, falantes de 274 línguas diferentes. De acordo com o último Censo, estima-se que no Brasil existem 896,9 mil indivíduos autodeclarados, que estão distribuídos em todas as regiões do país (BRASIL, 2012).

Os primeiros dados que registraram as condições de segurança alimentar e nutricional entre os povos indígenas no Brasil foi a pesquisa realizada entre 1994-1995. Este estudo, que incluiu 128 terras indígenas e 129.858 pessoas, gerou o primeiro Mapa da Fome Indígena, concluindo que pelo menos 28,3% dos pesquisados estavam com dificuldade de garantir um bom padrão alimentar e de saúde. Este primeiro Mapa foi apresentado na 1ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar, em julho de 1994 (VERDUM, 2003).

Em novembro de 1994, o levantamento da fome entre os povos indígenas foi continuado e ampliado, gerando a publicação do segundo Mapa da Fome Indígena do Brasil, que ampliou as informações para 297 terras indígenas e um total aproximado de 254.904 indivíduos (81,8%). A ampliação da amostra e da abrangência do estudo demonstrou que a fome só aumentava, assim como a dificuldade para garantir satisfatoriamente o sustento alimentar das famílias, seja de forma permanente, seja de forma sazonal (em períodos específicos do ano), chegando a 66,7% das terras indígenas avaliadas (41,9% da população de respondentes) (VERDUM, 2003).

No decorrer da década de 1990 e início dos anos 2000, como compilado por Leite *et al.* (2007), no capítulo sobre ‘Alimentação e Nutrição dos Povos Indígenas no Brasil’, preocupantes dados nacionais sobre a fome indígena foram realizados. Estudos com crianças menores de cinco anos em diversas regiões do país de diferentes povos, evidenciaram prevalências que variaram de 5,0% a mais de 50,0% de baixo peso para idade e o percentual de baixa estatura para idade oscilou entre 10,0% e 63,0% (CAPELLI; KOIFMAN, 2001; RIBAS *et al.*, 2001; ALVES; MORAIS; FAGUNDES NETO, 2002; MORAIS *et al.*, 2003; WEISS, 2003; LEITE *et al.*, 2006; PICOLI; CARANDINA; RIBAS, 2006; ORELLANA *et al.*, 2006; LEITE, 2007).

Somente em 2008-2009, o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas foi realizado. Coordenado pela Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), o estudo incluiu 6.707 mulheres entre 14 e 50 anos de idade e 6.285 crianças menores de cinco anos, em um total de 113

aldeias em todas as regiões do país. Este estudo revelou condições extremamente precárias de saneamento, em que 79,9% dos entrevistados relataram evacuar fora do domicílio. Além disso, 63,0% dos domicílios visitados do país tiveram seus materiais fecais direcionados a fossas rudimentares. Outro grave problema encontrado foi o acesso à água, em que 55,0% dos lares do Brasil usavam poço artesiano como forma de sua obtenção. No entanto, mesmo com os poços artesanais, os relatos da pesquisa apontaram para dificuldades constantes do acesso da água às bicas ou torneiras, problemas nas bombas da água; nos encanamentos; bem como falta de manutenção. A água utilizada para beber, em 28,8% dos domicílios, era decantada ou coada. Com relação ao descarte do lixo doméstico, 79,0% dos indígenas moradores das regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Norte declararam que enterravam ou que era queimado ou jogado nas adjacências da aldeia (BRASIL, 2009; COIMBRA JR, 2014).

Além dos problemas de saneamento, foram encontradas alterações no perfil nutricional. O Inquérito evidenciou que crianças na faixa etária de seis a 59 meses de idade apresentavam prevalência de 20,5% de baixa estatura para idade e 8,3% de baixo peso para idade, sendo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) aceita que a prevalência esteja abaixo dos 5,0% e considera grave, quando acima de 40,0% (WHO, 2001). Além disso, a anemia esteve presente em 51,3% das crianças e, no que tange ao grupo referente às mulheres em idade fértil, houve um percentual de 30,2% de sobrepeso e 15,7% de obesidade (BRASIL, 2009).

Ao longo dos anos, foram realizadas pesquisas isoladas com grupos étnicos e comunidades específicas e com um número populacional menor, no qual corroboram os achados do Inquérito Nacional. O panorama de prevalência do déficit nutricional, baixo peso e baixa estatura para a idade, em crianças indígenas no território brasileiro, por exemplo, se estabeleceu de maneira contínua, conforme apontam estudos realizados com diversas etnias em períodos diferentes (KÜHL et al, 2009; GALVÃO, 2013; BARRETO; CARDOSO; COIMBRA JR, 2014; MEDEIROS, 2015).

Os estudos com povos indígenas ainda apontam elevados percentuais de anemia, como observado nas crianças Karapotó (prevalência de 57,6%) e Guarani (65,2%) (PEREIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2012; BARRETO; CARDOSO; COIMBRA JR, 2014). A prevalência de anemia para crianças de seis a 120 meses, e mulheres em idade fértil Xukuru foi de 23,1% e 16,1%, respectivamente (FÁVARO, 2011).

A transição nutricional é visível na população indígena, assim como na população não indígena, em que é possível observar a mudança do perfil nutricional e de saúde ao longo de décadas. Somente na última década, alguns estudos apontam o aumento do excesso de peso e de doenças crônicas não transmissíveis entre alguns povos indígenas. Um estudo realizado com mulheres indígenas adultas moradoras da Reserva Indígena de Dourados (RID), Mato Grosso do Sul, em 2016, evidenciou que 40,3% estavam com sobrepeso e 30,9% com obesidade. Ademais, 57,7% apresentaram risco muito alto para doenças cardiovasculares e 37,7% com hipertensão arterial sistêmica (FREITAS; SOUZA; LIMA, 2016).

Ao avaliar indígenas Xavantes adultos, 85,9% das mulheres e 84,7% dos homens apresentaram excesso de peso e a síndrome metabólica esteve presente em 66,1% da população estudada. Ainda, 70,2% das mulheres e 46,8% dos homens estavam com diabetes ou tolerância diminuída à glicose, e 10,4% com elevado risco cardiovascular (SOARES, 2015). As crianças da etnia Xukuru menores de 10 anos, apresentaram prevalências de excesso de peso de 7,7% e risco de sobrepeso de 24,2% (FÁVARO *et al.*, 2019). Chagas *et al.* (2020), verificaram em pesquisa realizada com os Krenak em Minas Gerais, elevados valores de pressão arterial sistêmica (31,2%); excesso de peso (75,0%) e obesidade abdominal (57,0%). Além disso, evidenciaram um baixo consumo de frutas e sucos naturais (18,0%), e de verduras e legumes (30,0%).

As prevalências sempre são medidas e avaliadas em estudos com povos indígenas, mas para além dos números, é essencial pensarmos os determinantes sociais destas ocorrências. Primeiramente, é importante ressaltar ao leitor para não esquecer que os povos indígenas de todo Brasil, em diferentes momentos e situações tiveram contatos com os não indígenas e, a partir disso, ocorreram importantes modificações nas estruturas de vida, organizações sociais e cultura de cada povo, conseqüentemente houve reverberações nos hábitos de vida e alimentares (LEITE, 2012). A situação de violência, extermínio e retirada dos indígenas de suas terras os forçaram a modificar negativamente seus modos de vida, levando muitos deles a morarem fora das terras originárias; viverem em confinamentos territoriais ou até mesmo em situação de rua. Todo esse cenário social vulnerável impede que haja uma melhora significativa nos indicadores de saúde desses povos, pois os problemas estão além da esfera de atuação das políticas públicas de saúde e da assistência prestada pelos profissionais.

2.2 Vigilância Alimentar e Nutricional: história e desafios

A Vigilância em Saúde é definida como:

[...] um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013a, cap. 1, art. 2).

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é parte da Vigilância em Saúde e tem como objetivo, a descrição constante e a estimativa de tendências do perfil de alimentação e nutrição dos brasileiros e os seus fatores determinantes. Desse modo, fomenta o planejamento de políticas, programas e ações da atenção nutricional, a regulação dos alimentos no SUS, o controle e a participação social, bem como o diagnóstico da segurança alimentar e nutricional do país (BRASIL, 2013b).

Em 1968, houve a recomendação da estruturação da VAN no Brasil, a partir da discussão na 21ª Assembleia Mundial de Saúde. Entretanto, apenas em 1974, na Conferência Mundial de Alimentação, em Roma, efetivou-se a proposta da Vigilância Nutricional, apresentada como “um sistema de informação de coleta, processamento e análise de indicadores, tendo como objetivo a produção de dados constantes sobre o estado nutricional dos diferentes grupos populacionais” (SANTANA; SANTOS, 2004, p. 285). Esta proposta teve ainda foco emergencial nos países em desenvolvimento devido à vulnerabilidade social em que se encontravam (BRASIL, 2004; COUTINHO *et al.*, 2009; HOLANDA, 2011).

Anteriormente a esta conferência mundial, no Brasil, em 1972, foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), por meio da Lei nº. 5.829, de 30 de novembro, uma vez que durante esse período, a discussão da fome retoma com maior força no cenário mundial, devido à crise do capitalismo e a escassez global de alimentos (BRASIL, 1972; VASCONCELOS; 2005). O INAN institui o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), e a partir do II PRONAN (1975-1979), foi estabelecido o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) (BATISTA-FILHO; RISSIN, 1993; SANTANA; SANTOS, 2004; VASCONCELOS; 2005; ROMEIRO, 2006).

Inicialmente, entre 1983 e 1984, foi estruturado pelo INAN um projeto piloto do Sisvan, no interior da Paraíba e na região metropolitana de Recife; no entanto, a suspensão dos recursos financeiros interrompeu o projeto ainda na fase de experimentação. Ainda na década de 1980,

com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, de universidades e de grupos de pesquisas, foram iniciados novos projetos em Pernambuco, São Paulo, Rio de Janeiro e em outros estados. Entretanto, a institucionalização precária da proposta foi responsável pelo seu insucesso (SANTANA; SANTOS, 2004; BATISTA-FILHO, 2005; VASCONCELOS; 2005; ARRUDA; ARRUDA; 2007; ROLIM, 2013).

Em 1990, o Sisvan é instituído pela Portaria nº. 1156 e adquire um caráter nacional como responsabilidade do SUS, sendo regulamentado pela Lei nº. 8080, que dispõe, no capítulo I, art. 6º, item IV, que “a vigilância nutricional e a orientação alimentar são de atribuição do SUS em suas esferas de governo” (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990c). Mas foi em 1993 que o Sisvan obteve destaque nacional, em razão da sua condicionalidade para adesão dos municípios ao Programa Leite é Saúde, no qual era obrigatório o prévio diagnóstico antropométrico das gestantes e crianças menores de cinco anos assistidas pelas Unidades Básicas de Saúde e, também, o fornecimento mensal de informações dessa população (SANTANA; SANTOS, 2004; ROMEIRO, 2006; ROLIM, 2013).

A Medida Provisória nº. 1.576, de 5 de junho de 1997, extinguiu o INAN e, em 1998, um novo programa intitulado Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais – ICCN, foi responsável pela expansão do Sisvan nos municípios brasileiros, e tinha como obrigatoriedade o envio de dados periodicamente aos setores da VAN (BRASIL, 1997).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi aprovada em 1999, por meio da Portaria nº. 710, de 10 de junho, tendo como sua terceira diretriz a VAN (BRASIL, 1999b), propondo mudanças no Sisvan visto que tem como objetivos a ampliação da cobertura para todo o território nacional e a atualização dos seus procedimentos (ROMEIRO, 2006; BRASIL, 2009; COUTINHO, 2009; ROLIM, 2013).

O I Encontro de Coordenadores Estaduais de Alimentação e Nutrição e Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, realizado em 2000, foi um marco importante no processo de fortalecimento do Sisvan, uma vez que, na ocasião, destacou-se a “urgente informatização e uniformização” dos registros em nível nacional (ROMEIRO, 2006). A Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), realizou um levantamento no sistema e encontrou diversas falhas e limitações. À vista disso, em 2004, a CGPAN em parceria com o DATASUS, implantaram o ‘Módulo Municipal do Sisvan’ na rede de informática

dos municípios brasileiros para que as informações chegassem ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2009; ROLIM, 2013).

Ainda que o sistema tivesse progredido, apresentou baixa implementação e diversas dificuldades na sua operacionalização. Essas inadequações conduziram a CGPAN a lançar o Sisvan Web em 2008, em um formato disponível para acesso pela internet, com possibilidade do registro e a disseminação de informações acerca do estado nutricional e do consumo alimentar da população atendida na APS, em todas as fases do ciclo de vida, incluindo sexo, raça/cor e perfil socioeconômico (BRASIL, 2009; COUTINHO, 2009; BRASIL, 2017b).

Depois de pouco mais de uma década, a PNAN foi atualizada e republicada em 2013 (BRASIL, 2013b). A sua atualização foi necessária, pois o SUS havia proporcionado importantes avanços na atenção à saúde da população brasileira e foi preciso orientar a organização e qualificação das ações de alimentação e nutrição, afirmando-a como um elo entre o SUS e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Além disso, reforçou a VAN e a Segurança Alimentar e Nutricional - SAN como pontos fundamentais, enfatizando a atenção nutricional como um componente central na produção do cuidado em saúde (JAIME *et al.*, 2018).

2.3 Vigilância Alimentar e Nutricional no contexto dos povos indígenas

2.3.1 Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI

A terceira diretriz da PNASPI intitulada ‘Monitoramento das ações de saúde’ dirigida aos povos indígenas, refere-se à criação de um sistema de informação que realize o monitoramento da saúde, similar ao Sistema de Vigilância em Saúde, porém específico para a saúde indígena. Para isso, em 2000 foi implantado simultaneamente nos 34 DSEIs, o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI, que tinha como objetivo a coleta, processamento e a análise de informações para o acompanhamento da saúde das comunidades indígenas, abrangendo óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infra-estrutura (BRASIL, 2002a; SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Inicialmente, o SIASI foi planejado para funcionar em módulos, compostos em: demográfico, morbidade, imunização, saúde bucal, nutrição, acompanhamento à gestação, recursos humanos, infraestrutura e saneamento. Em 2000, funcionava apenas o módulo demográfico (versão 1.0), posteriormente foram incluídos na versão 2.0, em 2002, o módulo

morbidade, e, em 2004, foi acrescentado o módulo saúde bucal e imunização (versão 3.0). Apenas no ano de 2013, o SIASI sofreu uma grande atualização e reformulação, além do acréscimo do módulo de VAN e saúde da mulher, sua interface e funções foram modificadas (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Vale destacar que a principal especificidade do SIASI concerne à viabilização da entrada de dados com ênfase no indivíduo, a partir do nome da pessoa no módulo demográfico, sendo esse o módulo chave do sistema. Inicialmente, o sistema foi pensado para funcionar de forma on-line, sendo alimentado a partir dos Polos Base, de onde seriam feitas as transmissões instantâneas dos dados para a sede do sistema, em Brasília. No entanto, as dificuldades técnicas e operacionais não permitiram esse planejamento mudando o seu funcionamento para duas modalidades: a Web (SIASI Web), no qual a base de dados se encontra em Brasília e permite a consulta e/ou geração de informações pela internet; e o SIASI local, que possibilita a entrada de dados e a geração de relatórios locais, no próprio Polo Base, e o posterior envio das informações consolidadas periodicamente, em forma de lotes, para o SIASI Web (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Anteriormente ao módulo VAN ter sido inserido no SIASI, os dados antropométricos eram digitados em planilhas de Excel, elaboradas pelos profissionais, como forma de monitoramento e levantamento do perfil epidemiológico nutricional. No DSEI-MS, foi desenvolvido um software chamado NUTRISIS, onde eram feitas as entradas de dados e classificações nutricionais e, posteriormente, exportadas em forma de planilhas do Excel para organização de trabalho das equipes. É importante ressaltar que os DSEIs não são responsáveis pela digitação dos dados antropométricos no Sisvan Web, mas sim as Secretarias Municipais de Saúde dos locais onde os povos indígenas residem.

Atualmente, no DSEI-MS, um dos maiores desafios em relação ao SIASI é a dificuldade de acompanhar a dinâmica dos povos indígenas, como a mobilidade de território; a ausência de praticidade do sistema; a compatibilidade deste com o trabalho realizado pelos profissionais que estão em área; bem como a não comunicação do SIASI com demais sistemas de informação do Ministério da Saúde, o que leva a realização de dupla ou até mesmo tripla entrada de dados.

2.3.2 Segurança Alimentar e Nutricional entre os povos indígenas

No Brasil, a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), define a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) como:

o direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2006. cap.1 art.3).

Diante da necessidade de enriquecer o diálogo sobre a SAN para os povos indígenas, é fundamental destacar a importância do acesso à terra para esses grupos, uma vez que o território indígena é um local onde ocorre a produção de alimentos, a preservação das tradições, a elaboração dos tratamentos e a produção de medicamentos tradicionais, além de haver uma forte ligação espiritual/religiosa com a terra e o território. Assim, a terra não se limita apenas à produção de alimentos para subsistência e, portanto, a demarcação é essencial no que diz respeito a garantia de alimentação adequada a esses povos e, conseqüentemente, à saúde (BRITO, 2019).

Em 2007, Fávoro *et al.* (2007) realizaram um levantamento da condição de insegurança alimentar e nutricional em comunidades da etnia Terena no Mato Grosso do Sul, por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional Domiciliar (EBIA), e foi encontrado que 32,7% das famílias apresentaram insegurança alimentar moderada e 20,4% grave. Conseqüentemente, 67,3% dos domicílios convivem com o medo de ficar sem alimentos e 14,3% das mulheres afirmaram terem passado por situações de fome no mês anterior à pesquisa. Já em 2009, o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, revelou que 92,3% dos investigados relataram falta de alimentos em alguma época do ano em todo o Brasil, além das alterações do estado nutricional, já mencionadas anteriormente (BRASIL, 2009). A escassez de alimentos e a insegurança alimentar, observadas por meio dos indicadores indiretos do estado nutricional, evidenciaram as iniquidades nutricionais e alimentares encontrados na saúde dessa população.

Com o decorrer dos anos a situação de fome parecia ser recorrente entre os povos indígenas brasileiros. Em 2013, uma pesquisa realizada em uma aldeia Guarani no Espírito Santo, mostrou que todas as famílias viviam em insegurança alimentar e nutricional e que 41,0% sofriam de insegurança grave (VARGAS *et al.*, 2013). Segall-Corrêa *et al.* (2018), validaram e aplicaram uma escala de segurança alimentar adaptada para as comunidades Guarani do estado de

São Paulo, e encontraram que 88,5% das famílias viviam com algum nível de insegurança alimentar, sendo 31,0% com insegurança alimentar grave.

Paralelamente aos dados da população indígena, resultados mais recentes da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2017/2018, mostraram que 25,3 milhões de domicílios brasileiros (36,7%) sofreram algum grau (leve, moderado ou grave) de insegurança alimentar e nutricional, também medidos pela EBIA (BRASIL, 2020). Em 2004 e 2013, quando os dados de insegurança alimentar e nutricional ainda eram medidos na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), as prevalências eram de 34,8% e de 22,6%, respectivamente (BRASIL, 2006; 2014).

Diante deste cenário nacional de insegurança alimentar, especialmente entre os povos indígenas, em maio de 2001, a SAN foi discutida como tema central na III Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI). Por meio deste encontro, foram convocados diversos ministérios do governo e instituições não governamentais, com o objetivo de construir propostas para uma política de SAN para os povos indígenas (FORUM, 2003; CALDAS; SANTOS, 2012).

A primeira ação a ser feita foi a realização de dezessete oficinas regionais em todo Brasil, com os representantes indígenas, entre 2002 e 2003. Como resultado desses encontros, foi realizado o “Primeiro Fórum Nacional para a Elaboração da Política Nacional de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Sustentável dos Povos Indígenas do Brasil”, em novembro de 2003. Este Fórum definiu como proposta consolidada a implantação de um sistema de vigilância alimentar e nutricional nas áreas indígenas, diretrizes e recomendações para a formulação de uma política pública (BRASIL, 2003; SALAGADO, 2007; CALDAS; SANTOS, 2012).

As oficinas regionais trouxeram temas centrais, como: território, atividades produtivas, recursos naturais, alimentação e nutrição, saúde, educação e controle social, no qual foram debatidos no Fórum Nacional, tendo como prioridade a garantia da terra e os seus territórios regularizados como eixo central para a garantia de SAN, e o desenvolvimento sustentável das comunidades. Entretanto, desde a institucionalização da SAN dos povos indígenas pelo Estado, não houve, até os dias atuais, um efetivo atendimento dessas reivindicações (BRASIL, 2003).

Em 2003, com a entrada do governo Lula, mudanças ocorreram na SAN voltada para os povos indígena: houve a criação da Área Técnica de Nutrição e Alimentação no Departamento de Saúde Indígena (DESAI), da Funasa, responsável na época pela saúde indígena e posterior implementação do Sisvan em todos os 34 DSEI's do país (BRASIL, 2003).

Outro importante marco do governo Lula foi a reinstituição do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), criado no governo Itamar Franco e extinto por Fernando Henrique Cardoso (FHC). Para isso, em 2004 foi criada uma Comissão Permanente de Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas, sendo delegada à coordenação para uma representante indígena. De maneira contínua, a administração do governo Lula, priorizou em sua agenda estratégias, programas e políticas que contribuíssem para a erradicação da fome, ainda que houvesse o incentivo à agroindústria baseado nas grandes propriedades (BRASIL, 2006; VASCONCELOS, 2011; CALDAS; SANTOS, 2012; VASCONCELOS *et al.*, 2019).

Dando continuidade, a primeira fase da administração do governo Dilma (2011 – 2016), teve como foco central o combate à pobreza e a extrema pobreza, mantendo as políticas sociais e de alimentação e nutrição. Por outro lado, a segunda fase do seu governo foi marcada pela crise econômica e política, altas taxas de desemprego e um período de recessão que, consequentemente, resultou em cortes nos gastos do governo, incluindo os investimentos em programas e políticas sociais. Anteriormente ao seu *impeachment*, o seu mandato se voltou para as políticas de promoção aos hábitos alimentares e de vida saudáveis, em resposta ao agravamento das doenças crônicas não transmissíveis (VASCONCELOS *et al.*, 2019). Vale ressaltar que, embora tenha havido avanços no governo do Partido dos Trabalhadores, foram os governos que menos demarcaram terras indígenas até 2017, segundo dados do Instituto Socioambiental (SOUZA, 2018).

As demarcações dos territórios indígenas foram intensificadas no governo do Fernando Collor de Mello (1990-1992), pois havia um prazo de cinco anos após a publicação da Constituição Federal para que todas as terras indígenas fossem demarcadas. Posteriormente, o mandato do presidente FHC (1995-2003), deu continuidade às demarcações (SOUZA, 2018).

No governo de Michel Temer ocorreu a intensificação dos cortes no orçamento para as políticas sociais, o que impactou diretamente no combate à fome e à miséria. Vale destacar também a extinção do Ministério do Desenvolvimento Agrário, a permissão da entrada no país de agrotóxicos anteriormente proibidos e o congelamento dos gastos públicos com a educação, a saúde e a assistência social. Ressalta-se que, desde o governo Temer até o governo Bolsonaro, nenhuma terra indígena mais foi demarcada.

No primeiro dia de mandato do presidente Jair Bolsonaro, em 1º de janeiro de 2019, o CONSEA é extinto por meio da Medida Provisória nº. 870, assim como diversos outros controles

sociais do país. Tal medida compromete o funcionamento do SISAN e a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (VASCONCELOS *et al.*, 2019; CASTRO, 2019; BRASIL, 2019), além da liberação de 475 agrotóxicos em 2019 e mais 405 em 2020 (TOOGE, 2020).

Atualmente, o Brasil está sem um plano de SAN, pois em 2019 deveria ter ocorrido a VI Conferência Nacional e a elaboração de um novo projeto de governo nesta pasta. O CONSEA era responsável pela convocação das Conferências Nacionais de SAN e a sua extinção impossibilitou a continuidade dos avanços nas políticas e programas do país, gerando uma instabilidade jurídica e institucional (MACHADO, 2020).

2.4 Atenção Nutricional na Infância

O Ministério da Saúde define criança como o indivíduo na faixa etária de zero a 9 anos de idade, ou seja, de zero até completar 10 anos (120 meses). Já a primeira infância, é considerada a fase de zero a cinco anos, ou até completar seis anos (72 meses) (BRASIL, 2015).

Em 2010, o Brasil possuía uma população de 13.796.158 crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2011b). No último Censo do IBGE, as crianças indígenas da mesma faixa etária, somavam 110.243 (0,8% da população de crianças nacional), o que representa 12,3% da população indígena do mesmo ano (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar que as estratégias de saúde olham com atenção especial as crianças menores de cinco anos, tendo em vista que nessa fase ocorrem intensos processos de crescimento e desenvolvimento global, em razão de sua plasticidade cerebral. Diante disso, fatores como: a falta de acesso regular aos alimentos, saneamento básico, água potável, segurança pública, educação de qualidade, inadequações no acesso à saúde e outros determinantes socioeconômicos, aliados a imaturidade imunológica, contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade infantil (BRASIL, 2018).

No Brasil, a partir da década de 1960, iniciaram ações sistematizadas voltadas para o público infantil, mas foi apenas nos anos 1970 que deram início as discussões internacionais sobre a universalização da atenção à saúde da criança, em virtude das elevadas taxas de mortalidade por doenças de origem social e imunopreveníveis. No ano 2000, o cuidado com a saúde infantil a nível internacional, se apresenta mais expressivo com a Declaração do Milênio

das Nações Unidas, que tem como um dos seus objetivos a redução da mortalidade infantil em dois terços dos menores de cinco anos (BRASIL, 2018).

Ressalta-se que até 2014, apesar da precariedade da saúde infantil no Brasil, não existia uma política nacional que estruturasse a assistência desse grupo. Em decorrência disso, foi necessária a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC, criada a partir do trabalho conjunto do Ministério da Saúde, Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, o coletivo de coordenações de saúde da criança e consultores da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno dos estados, com reuniões nos anos de 2012 a 2014 (OLIVEIRA, 2015; BRASIL, 2018).

Em 2015 foi instituída a PNAISC no SUS, que tem por objetivo promover e proteger integralmente a saúde da criança e o aleitamento materno, da gestação aos 9 anos de vida, com ênfase na primeira infância e nos grupos com maior vulnerabilidade, tendo como propósito a redução da morbimortalidade e o pleno desenvolvimento. A política foi estruturada em sete eixos estratégicos:

- “i) a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;
- ii) o aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- iii) a promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral;
- iv) a atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;
- v) atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura da paz;
- vi) a atenção à saúde de crianças com deficiência, ou em situações específicas de vulnerabilidades; e
- vii) a vigilância e prevenção do óbito infantil e fetal” (BRASIL, 2015, p. 2-3).

No eixo três, a PNAISC destaca a importância da vigilância do crescimento e desenvolvimento, especialmente nas crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2018). Em razão disso, o monitoramento do estado nutricional é primordial para o acompanhamento da criança, pois é possível observar as alterações no padrão esperado, seja por consequência de doenças agudas ou crônicas e/ou determinantes socioeconômicos desfavoráveis (BALCHIUNAS; SARDINHA; GALANTE, 2015).

O monitoramento do estado nutricional deve ser feito por meio de avaliações que contemplam diversos aspectos, como: anamnese geral; inquéritos de consumo alimentar; exame físico; indicadores bioquímicos e a antropometria (CFN, 2018). Na prática dos serviços da APS, a antropometria é um método extensivamente empregado em virtude do seu baixo custo, fácil

aplicabilidade, pouco invasivo e com riscos mínimos à saúde (ARAÚJO, 2007; BARROS; FELIPE; SILVA, 2007). As medidas corporais que podem ser aferidas são: peso, estatura ou comprimento (em menores de dois anos), circunferências e dobras cutâneas (BALCHIUNAS; SARDINHA; GALANTE, 2015).

O diagnóstico nutricional da criança, por meio da antropometria, é obtido a partir de de índices e indicadores antropométricos, relacionados com o sexo e idade, sendo posteriormente comparados com padrões de referência e classificados conforme os pontos de corte, que são: eutrofia, acima e/ou abaixo do esperado (ARAÚJO, 2007; BALCHIUNAS; SARDINHA; GALANTE, 2015). Os índices utilizados e recomendados pela OMS são: Peso para Idade (P/I); Estatura para Idade (E/I); Peso para Estatura (P/E) ou comprimento; e Índice de Massa Corporal (IMC) para a idade (IMC/I). Estes índices são expressos em percentis ou Escores-z (OMS, 2006).

O P/I, representa o peso corporal total atual em relação a idade cronológica do infante e, devido a sua fácil aplicação, é amplamente utilizado, principalmente na identificação do baixo peso (ARAÚJO, 2007; BRASIL, 2011a). No entanto, o índice avalia apenas a condição nutricional global da criança e não diferencia o déficit em agudo ou crônico (WHO, 1995; BRASIL; 2011b; BALCHIUNAS; SARDINHA; GALANTE, 2015).

A E/I representa o crescimento linear da criança, apresentando um ganho gradual ao longo da infância e, conseqüentemente, podendo indicar processos cumulativos adversos sobre o crescimento do indivíduo (WHO, 1995; BRASIL, 2011b). O P/E expressa a distribuição da massa corporal total em relação ao comprimento/estatura e possui capacidade de identificar o emagrecimento e/ou excesso de peso da criança, sendo sensível para o sobrepeso em menores de cinco anos (BRASIL, 2011b; BALCHIUNAS; SARDINHA; GALANTE, 2015). Por fim, o IMC/I evidencia a distribuição da massa corporal em relação ao quadrado da estatura e a idade cronológica, conseqüentemente é considerado um indicador completo, pois relaciona a idade e o sexo com a estatura e peso corporal (BRASIL, 2011b).

O peso em menores de dois anos deve ser aferido com as crianças sem roupas em balança pediátrica digital, mecânica ou suspensa (tipo pêndulo). Os infantes maiores de dois anos podem ser pesados com roupas leves (calcinha, short ou cueca) em balança plataforma mecânica e/ou eletrônica e balança digital portátil (BRASIL, 2011b). O comprimento é realizado em crianças de zero até dois anos de idade, deitada em superfície plana, com auxílio de estadiômetro horizontal ou régua antropométrica. A estatura é medida com as crianças na posição de pé encostada em

parede ou estadiômetro vertical. As técnicas para a tomada das medidas devem ser feitas respeitando sempre o preconizado pelo Ministério da Saúde e deve ser orientada à equipe de saúde ou profissional que executa essas medidas, já que a qualidade da tomada das medidas é fundamental para a classificação correta do estado nutricional (BRASIL, 2011b).

A população infantil indígena é acometida de forma mais severa pela desnutrição, deficiências nutricionais, doenças respiratórias, diarreicas e infecto parasitárias. Embora não exista uma política específica para a criança indígena, o eixo seis da PNAISC aborda algumas estratégias a serem intensificadas e fortalecidas para garantia da saúde desta população. Conseqüentemente, alguns programas e estratégias foram e são fundamentais para a saúde desses povos, dentre eles: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A; Programa Nacional de Suplementação de Ferro; Programa Bolsa Família (alterado em agosto de 2021 para Auxílio Brasil); ações coordenadas pela VAN; implementação do Sisvan; e a Estratégia AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância.

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi estabelecido por meio da Portaria nº. 729, de 13 de maio de 2005, com o objetivo de reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de seis a 59 meses de idade, e puérperas no pós-parto imediato. No entanto, em 2012, com a ação do Programa Brasil Carinhoso, ocorreu a expansão para todos os municípios integrantes do Plano Brasil Sem Miséria em diversas regiões brasileiras, incluindo todos os 34 DSEI's (BRASIL, 2013c). O Programa consiste no fornecimento de cápsulas gelatinosas em duas dosagens: de 100.000 Unidades Internacionais (UI) e de 200.000 UI, ambas são compostas de vitamina A na forma líquida, diluída em óleo de soja e acrescida de vitamina E (BRASIL, 2005a; 2013c). O Quadro 1 mostra a dosagem e a forma de suplementação da vitamina A em todo o país.

Quadro 1. Esquema de suplementação de Vitamina A.

IDADE	DOSE	FREQUÊNCIA
6 – 11 meses	100.000 UI	Uma dose
12 – 59 meses	200. 000 UI	Uma dose a cada 6 meses

Fonte: BRASIL, 2005a.

A anemia ferropriva é, historicamente, um grave problema de saúde pública no Brasil, pois apresenta altas prevalências e tem relação direta com o desenvolvimento das crianças, principalmente as menores de dois anos, o que pode ocasionar um déficit cognitivo, crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor e comprometimento do sistema imunológico (BRAGA; VITALLE, 2010). Com objetivo de enfrentar essa situação, o SUS possui desde 2005, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, que consiste na suplementação de ferro em doses profiláticas, iniciando-se aos seis meses de vida até completar dois anos, com 1 mg de ferro elementar por kg de peso, diariamente (BRASIL, 2013d). A fortificação de alimentos é outra estratégia adotada pelo governo federal para a profilaxia da anemia. Para tal, são acrescidos os micronutrientes em pó nos alimentos preparados para as crianças e a fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico (BRASIL, 2002b).

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado em 2004 pelo governo federal, e consiste em um programa de transferência direta de renda para famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza. Os valores pagos dependem da composição familiar, quantidade de indivíduos e a renda per capita. A liberação do benefício está vinculada ao cumprimento de algumas condicionalidades, como: “frequência escolar de 85,0% em estabelecimento de ensino público, exames de pré-natal em gestantes, acompanhamento do estado nutricional em crianças e gestantes, e acompanhamento da saúde” (BRASIL, 2004). Em agosto de 2021, o PBF foi substituído pelo Programa Auxílio Brasil, criado pela Medida Provisória nº 1.061, de 9 de agosto de 2021, e com um prazo de 90 dias para revogação da Lei nº 10.836, de 2004. Ainda não se sabe ao certo os impactos deste Programa para a VAN, tampouco para as condicionalidades antes previstas no Bolsa Família.

A Estratégia AIDPI, tem como propósito a promoção rápida e significativa redução da mortalidade infantil. Consiste em uma abordagem da atenção à saúde na infância, desenvolvida originalmente pela OMS e UNICEF, adaptada às características epidemiológicas e normas brasileiras. Os objetivos da Estratégia são:

- I - Identificar sinais clínicos que permitam fazer uma triagem rápida quanto à natureza da atenção requerida pela criança, como encaminhamento urgente a um hospital, tratamento ambulatorial ou orientação para cuidados e vigilância no domicílio;
- II - Ampliar e qualificar as ações de atenção integral à saúde das crianças;
- III - Diminuir a morbi-mortalidade de crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2017c, p. 2).

Os profissionais médicos, enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas da SESAI, são capacitados para utilizarem o protocolo dessa Estratégia, que visa reorganizar o serviço e reduzir

a morbimortalidade infantil, buscando um atendimento ágil e eficaz, principalmente em áreas distantes dos centros urbanos (BRASIL, 2017c).

A estratégia é composta por três componentes: AIDPI Neonatal – atenção à mulher antes da gestação até a criança menor de dois meses; AIDPI Criança – referente aos menores de cinco anos e o AIDPI Comunitário Materno Infantil – destinado aos AIS e técnicos de enfermagem, abrangendo desde a atenção à mulher antes da gestação até a criança menor que cinco anos (BRASIL, 2017c).

2.4.1 Desnutrição Infantil

Há vários anos a desnutrição passou a ser vista para além de uma doença que gera alterações fisiopatológicas. A desnutrição tem origem multifatorial e deve ser analisada de forma complexa, já que é intimamente ligada a pobreza, a fome e a outros diversos determinantes sociais, sendo iniciada com a carência de energia e/ou demais nutrientes da dieta (BRASIL, 2005b). Existem inúmeros fatores que culminam na desnutrição das crianças como: a introdução alimentar inadequada em quantidade e qualidade; infecções de repetição, que são responsáveis pela alteração na ingestão e absorção dos nutrientes; indisponibilidade de alimentos em decorrência da pobreza, vulnerabilidade socioeconômica, ausência de terra para o cultivo; fome causada por alterações climáticas e/ou guerras; oferta inadequada dos alimentos para as crianças e a falta de conhecimento dos responsáveis sobre cuidados gerais de saúde, alimentação e higiene (WHO, 1998) (Figura 3).

O diagnóstico de desnutrição é realizado por meio da avaliação do estado nutricional utilizando os índices e indicadores antropométricos, juntamente com a avaliação clínica e história da criança (BRASIL, 2005b). Atualmente, o diagnóstico do estado nutricional é dado por meio dos índices antropométricos preconizados pela OMS conforme mostra o quadro 2. O Ministério da Saúde adota como parâmetro da prevalência aceitável de crianças com muito baixo peso (abaixo do Escore-z -3), o equivalente a 0,13% e 2,14% para baixo peso (BRASIL, 2011b).

Quadro 2 - Classificação do déficit nutricional para crianças menores de cinco anos de acordo com o parâmetro antropométrico

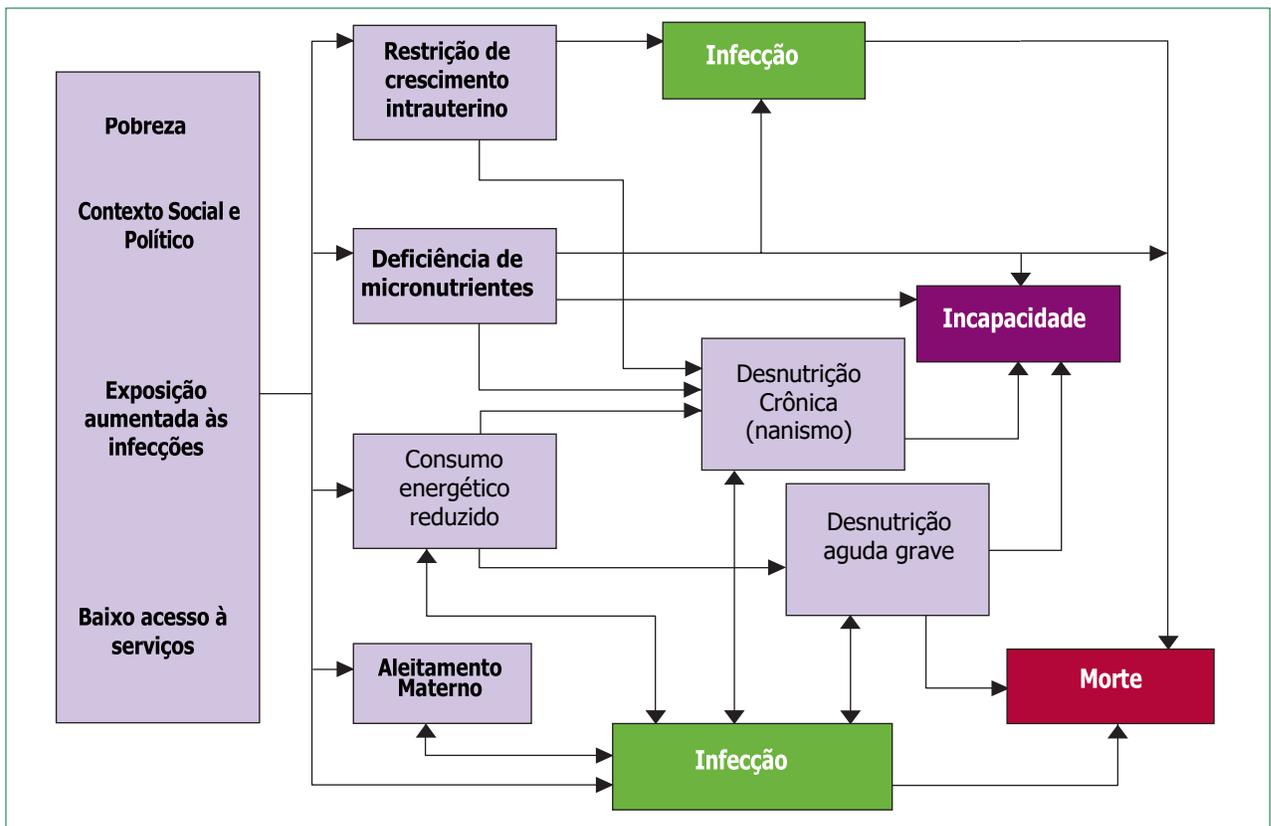
Pontos de corte para diagnóstico		Peso para a idade	Peso para a estatura	IMC para a idade	Estatura para a idade
< Percentil 0,1	<Escore-z -3	Muito Baixo Peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para a idade

Fonte: Adaptado de OMS, 2006.

Mediante o diagnóstico, surgem três formas de desnutrição. O marasmo que é uma forma de desnutrição causada pela deficiência calórica total, ou seja, há falta de energia, bem como de proteína; o kwashiokor, que apesar das calorias totais serem consumidas adequadamente, ocorre o déficit de proteína; e a forma mais comum da doença, nomeada de Desnutrição Energético Proteica (DEP), que é caracterizada pelo acometimento simultâneo do kwashiokor e marasmo (MONTE, 2000).

Em 2020, o relatório global da UNICEF apontou que 149,2 milhões (22,0%) de crianças menores de cinco anos estavam com desnutrição crônica e 45,4 milhões (6,7%) com desnutrição aguda em esfera global (UNICEF, 2021). No Brasil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), evidenciou que entre 1996 e 2006, a baixa E/I em menores de cinco anos (desnutrição crônica) reduziu em 50,0%, assim como a prevalência de 13,4% diminuiu para 6,7% (BRASIL, 2009b). De maneira geral, apesar de ocorrer certa melhora nos indicadores das crianças brasileiras não indígenas, tal situação não ficou evidenciada entre as crianças indígenas.

Figura 3. Modelo conceitual das consequências da desnutrição



Fonte: Traduzido de Bhutta *et al.*, 2008.

2.5 Organização da saúde no Mato Grosso do Sul e a Reserva Indígena de Dourados

2.5.1 Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul – DSEI – MS

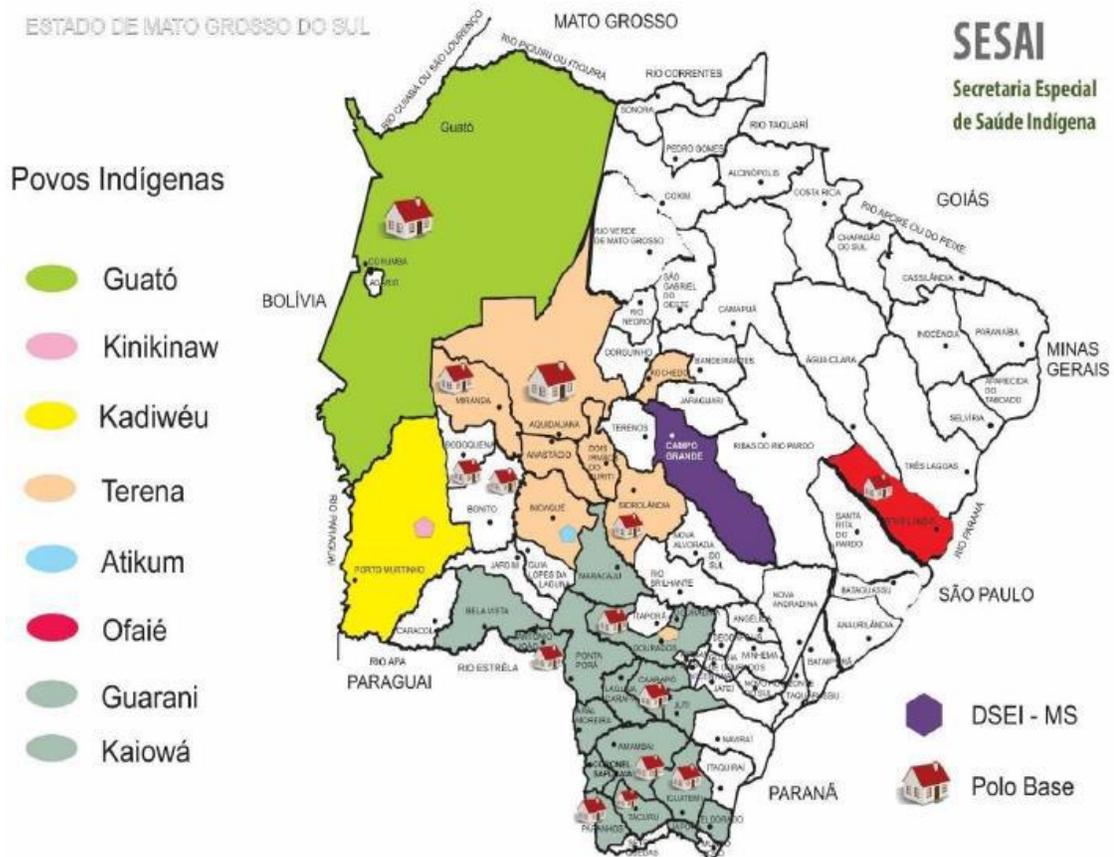
Considerado o segundo maior estado em número de indígenas do Brasil, o Mato Grosso do Sul (MS) contabilizou em 2017, 83.241 indivíduos, pertencentes a oito etnias diferentes: Atikum, Guarani Kaiowá, Guarani Nandeva, Guató, Kadiwéu, Kinikinaw, Ofaié e Terena. Os povos Guarani Kaiowá (também chamados apenas de Kaiowá), Guarani Nandeva (também chamados apenas de Guarani) e Terena, correspondem à 97,5% de toda a população indígena do estado (BRASIL, 2012; 2018).

Todos os indígenas do MS são atendidos por um único DSEI: O DSEI-MS, que é o maior do Brasil em quantitativo populacional. Sua sede administrativa é localizada em Campo Grande,

capital do estado, cuja extensão compreende uma área de 232.235 km². Além disso, coordena 99 aldeias, áreas de acampamentos e retomadas de territórios, 14 Polos Base, 75 UBSI, 39 EMSI e três CASAIs, atendendo a 32 dos 79 municípios do estado com povos indígenas. Campo Grande e Rochedo possuem povos indígenas vivendo em contexto urbano (BRASIL, 2020).

Os Polos Base estão organizados da seguinte forma no DSEI-MS: Polo Base Tipo I, no qual é um estabelecimento de saúde instalado na aldeia, o mesmo está localizado em Brasilândia e Japorã; e Polo Base Tipo II, que se refere ao estabelecimento situado em área urbana, como ocorre em: Amambai, Antônio João, Aquidauana, Bodoquena, Bonito, Caarapó, Corumbá, Dourados, Miranda, Paranhos, Sidrolândia. Por fim, as CASAIs estão localizadas em municípios que possuem hospitais de referência no estado: Dourados, Campo Grande e Amambai (BRASIL, 2020). A localização dos povos indígenas no MS e dos Polos Base estão apresentadas na Figura 3.

Figura 4. Distribuição dos Polos Base no DSEI-MS e das etnias no Mato Grosso do Sul.



Fonte: BRASIL, 2020.

2.5.2 Organização e Cobertura do Polo Base de Dourados

O Polo Base de Dourados atende 18 mil indígenas, em quatro municípios: Dourados, Maracaju, Rio Brilhante e Douradina. A área de cobertura do Polo de Dourados é a RID, dividida em duas aldeias: a Bororó e a Jaguapirú - atendendo a aproximadamente 16 mil indígenas; e outras quatro aldeias fora da RID: Panambizinho, Porto Cambira, Panambi e Sucuri'u; e mais 13 áreas de acampamentos e retomada de território: Boqueron, Curral de Arame, Itahum, Mudás MS, Ñanderu Laranjeira (I e II), Ñuverá, Pacuriti, Picadinha, Senhor Wilson, Guyra Kamby, Tajasu e Tekohara Itay (FERNANDES *et al.*, 2019).

Com vistas a atender a demanda dessas localidades, o Polo de Dourados possui seis EMSI, sendo que quatro atuam dentro da RID (Bororó I e II; Jaguapirú I e II) e duas equipes volantes que prestam atendimentos para as outras localidades citadas. As equipes fixas que são responsáveis pelos atendimentos dentro da RID, se deslocam diariamente do Polo Base pela manhã, retornam para o horário de almoço e no período da tarde voltam para a área. As equipes volantes dividem as áreas fora do município de Dourados e os acampamentos, revezando os locais de atendimento, e se deslocam pela manhã do Polo Base com o carro da SESAI e retornam à tarde. O centro da RID fica a aproximadamente 5 km do centro de Dourados e a 10 km da sede do Polo Base, o que facilita o deslocamento das EMSI.

Em 2020, as equipes do Polo Base de Dourados estavam compostas por 46 AIS, 18 AISANs, sete auxiliares de saúde bucal, 16 técnicos(as) de enfermagem, 9 enfermeiras(os), oito médicos(as), cinco nutricionistas, seis dentistas, três psicólogas(o), duas assistentes social, um fisioterapeuta e uma farmacêutica. É necessário ressaltar algumas particularidades dos profissionais das EMSI: um psicólogo é responsável pelas equipes volantes e duas psicólogas atendem toda a demanda da RID; as duas assistentes sociais são encarregadas de todo o Polo Base; um nutricionista atua na CASAI Dourados e em uma equipe volante, os demais nutricionistas atendem cada um uma UBSI da RID e uma área de retomada/acampamento. O único fisioterapeuta presta serviços na CASAI e realiza rodízio entre as equipes, já a farmacêutica é responsável pela farmácia centrada no Polo Base e presta suporte as equipes quando necessário (VICENTE, 2021).

2.5.3 Reserva Indígena de Dourados – RID: história e violações de direitos humanos

O processo de criação de Reservas Indígenas foi, e ainda é, uma situação de extrema vulnerabilidade que extermina o modo de viver e os direitos dos povos indígenas, especialmente do cone sul do MS. Esta estratégia teve início após a independência do Brasil, momento em que o império estava preocupado em criar uma identidade nacional para o país, definindo-se por um modelo centrado no europeu, branco e subordinado à cultura europeia, em que os indígenas e os negros não tinham espaço nessa nova nacionalidade. O que diferenciava debatedores eram os métodos a que se deveria recorrer para alcançar o objetivo da assimilação (CAVALCANTE, 2019). No caso dos povos indígenas era discutido maneiras de eliminar a cultura e as tradições, sendo o uso da catequese religiosa, miscigenação, assimilação pelo trabalho e até mesmo, o extermínio por meio da guerra, as práticas mais comuns (MOTA, 1998).

Após a guerra da Tríplice Aliança contra o Paraguai, que terminou em 1870, houve a criação da comissão de limites entre Brasil e Paraguai, liderada pelo argentino Tomás Laranjeira, que teve como objetivo o “povoamento” e definição do limite geográfico entre os países. Nessa ocasião, Laranjeira verificou que os ervais da região do atual Mato Grosso do Sul, tinham grande potencial para exploração e comercialização; a vistas disso fundou a Companhia Mate Laranjeira, que tornou-se um império extrativista constituído na exploração de terras públicas e no uso da mão de obra indígena e paraguaia de forma análoga à escravidão, chegando a explorar mais de 5 milhões de hectares na região (CAVALCANTE, 2013).

As Reservas Indígenas foram criadas com o objetivo de liberar as terras para a colonização e territorialização dos indígenas, para que houvesse a assimilação com o modo de vida do não indígena, pois pensava-se que a condição destes povos era transitória. Assim, entre 1915 e 1928, o SPI criou oito Reservas no sul do então estado do Mato Grosso (que a partir de 1977 passou a ser o Mato Grosso do Sul), destinadas principalmente aos Kaiowá e Guarani. Dentre elas, a RID foi criada em 1917, inicialmente reservada aos Guarani Kaiowá que eram predominantes na região. Entretanto, os Guarani Ñandeva e os Terena, que estavam próximos, também foram alocados na reserva. Atualmente, a RID é o maior contingente populacional indígena do Brasil por hectare, com aproximadamente 16 mil indivíduos vivendo em 3.474,59 hectares. A RID é composta majoritariamente pelas etnias Guarani Kaiowá, Guarani Ñandeva e Terena (CAVALCANTE, 20013; FERNANDES *et al.*, 2019). O crescimento populacional da

RID, derivado da expansão agropecuária, foi denominado por Antônio Brand de “confinamento” territorial (BRAND, 1993).

O confinamento trouxe diversas consequências negativas para essa comunidade, principalmente na qualidade da saúde. A característica do confinamento impossibilita espaço suficiente para produção de alimentos, além da má qualidade da terra, pela proximidade com pedreiras e pela grande quantidade de monoculturas próximas a reserva, que pulverizam agrotóxicos e empobrecem o solo. Soma-se a isso, a falta até hoje de acesso regular a água potável e a falta de saneamento básico (CONSEA, 2017).

Diante deste cenário de violação de direitos, nos anos 2000, a RID enfrentou graves problemas de fome, e uma prevalência média de desnutrição infantil de 15,0%, e alta taxa de mortalidade infantil como resultado da insegurança alimentar. Nesse mesmo ano, foi registrada uma taxa de 141,56 óbitos por mil nascidos vivos na área de abrangência do Polo de Dourados, que comparado ao estado do MS, registrou uma taxa de 23,8 por mil nascidos vivos no mesmo período. A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), considera uma alta taxa de mortalidade infantil acima de 50 óbitos por mil nascidos vivos ou mais; média, de 20 a 49; e baixa, menor que 20 (BRASIL, 2012; FERNANDES *et al.*, 2019).

Algumas medidas emergenciais foram tomadas para a contenção do problema, como a criação do Centro de Reabilitação Nutricional, pertencente ao Hospital Porta da Esperança (conhecido popularmente como Hospital da Missão) (FERNANDES *et al.*, 2019); e a criação do Hospital Universitário da Grande Dourados (inicialmente chamado de Santa Casa de Dourados), inaugurado em 2003 (EBSERH, 2020), principalmente para atender as crianças desnutridas e tentar conter a alta mortalidade infantil. Em decorrência disso, os setores de pediatria e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica foram criados prioritariamente. Posteriormente, em 2010, foi criada a Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde Indígena, que contribuiu, e ainda contribui, com a melhora da assistência dentro da instituição (BRASIL, 2013e).

Outra situação importante no enfrentamento da desnutrição em Dourados foi o grande número de denúncias realizadas a partir de 2002 pelo Conselho Local de Saúde à imprensa nacional, com repercussão internacional, no qual impulsionou a elaboração de ações, estratégias e políticas públicas de segurança alimentar e nutricional. Algumas dessas ações permanecem até hoje, como a suplementação de vitamina A em crianças menores de cinco anos; distribuição de

cestas básicas de alimentos às famílias e acesso a água potável, antes inexistente (FERNANDES *et al.*, 2019).

A situação de confinamento e vulnerabilidade desencadearam a mudança e/ou integração de hábitos alimentares não saudáveis em indígenas moradores da RID. Atualmente, a alimentação de grande parte das famílias é provida por uma única cesta de alimentos, fornecida mensalmente pelo governo estadual. Um estudo apontou que a cesta de alimentos para uma família de quatro pessoas (muito menos do que o tamanho médio de uma família indígena) tem duração média de oito dias (BORGES, 2019). Sendo assim, a alimentação é complementada com aquisição de alimentos e/ou produtos alimentícios adquiridos em supermercados, mercearias e pequenos comércios no interior e adjacências da RID. Devido à situação de pobreza, a facilidade de acesso e ao baixo custo, os indígenas aumentam o consumo de produtos ultraprocessados, sem valor nutricional e com elevadas quantidades de açúcares, sódio, gorduras trans e aditivos químicos. Geralmente, a renda utilizada é advinda de programas de transferência de renda e/ou trabalhos informais ou temporários sem vínculos empregatícios, como por exemplo a construção civil, coleta de lixo e colheita de maçã, no sul do país. Dessa forma, a quantidade de adultos que trabalham de maneira formal é ínfima. Um estudo realizado com 435 famílias moradoras da RID apontou que 64,1% delas foram acometidas com algum nível de insegurança alimentar e nutricional (IAN), sendo que 37,0% apresentaram situação de IAN com fome (JORGE, 2014).

2.5.4 O trabalho da EMSI na assistência à saúde da criança

É importante destacar a atuação da EMSI frente a esses problemas, evidenciando que desde o início o nutricionista esteve presente na articulação das políticas e estratégias de combate à desnutrição e mortalidade infantil e, ao longo dos anos, o número desses profissionais foi ampliado, coordenando as ações voltadas para a primeira infância, sobretudo de VAN, juntamente com a equipe de enfermagem e os AIS. O trabalho multiprofissional intenso, juntamente com diversas outras medidas, foram cruciais para a mudança das prevalências de mortalidade infantil e muito baixo peso no Polo Base de Dourados.

Além do desenvolvimento das Estratégias e Políticas apresentadas ao longo da dissertação, no que tange a saúde da criança, as EMSI realizam o acompanhamento dos infantes de diversas formas: os AIS são responsáveis pela pesagem mensal de todos os menores de cinco anos cadastradas em suas microáreas; acompanhamento diário e/ou semanal das crianças com

estado nutricional de baixo peso ou muito baixo peso para a idade; visitas domiciliares quando necessário; e atividades de educação em saúde com as famílias.

Os mutirões de monitoramento das crianças menores de cinco anos do Polo de Dourados são iniciados com o trabalho dos AIS que convidam as famílias para comparecerem em uma determinada data e local, podendo ser a unidade de saúde e/ou local centralizado dentro da microárea (casa do próprio AIS, da liderança, de moradores, escolas, entre outros). O nutricionista, enfermeiro e o técnico de enfermagem responsável pela vacina acompanham essas atividades, verificando o estado nutricional, a suplementação de vitamina A, o sulfato ferroso e o calendário vacinal. A pesagem, em algumas situações, também pode ocorrer durante as visitas domiciliares. As crianças menores de um ano são avaliadas em puericultura na unidade de saúde.

No período anterior à pandemia, a balança utilizada era suspensa (tipo pêndulo). Atualmente, devido a impossibilidade de sua higienização, que possui um saco de tecido, onde o corpo da criança é envolvido, houve a substituição dessa balança suspensa pela digital portátil. O dia a dia do monitoramento antropométrico das crianças menores de cinco anos é realizada pelos AIS que recebem periodicamente treinamentos sobre as técnicas de medição e são orientados pelos nutricionistas, que coordenam esta atividade.

A partir dos mutirões de pesagem realiza-se o levantamento do perfil nutricional, como forma de triagem, para identificar as crianças MBP e BP. À vista disso, inicia-se o acompanhamento desses infantes por toda equipe de saúde, entretanto, o nutricionista é responsável por coordenar a avaliação periódica do menor de cinco anos acometido pela desnutrição. Vale destacar que o acompanhamento acontece diariamente ou semanalmente, de acordo com a gravidade da situação e que é possível ser realizada de forma domiciliar ou na unidade de saúde.

No Polo Base de Dourados, entre os anos de 2006 e 2019, a média mensal de crianças cadastradas menores de cinco anos de idade, foi de 2158, já as atendidas 2.059. O número de crianças desta faixa etária representa cerca de 11,7% do total de indígenas presentes na região atendida por este Polo.

A soma de diversas estratégias foram fundamentais para diminuição da mortalidade infantil para 18 óbitos para cada mil nascidos vivos, e redução da desnutrição de 15,0% para 5,0%, no período de 2002 a 2011. No entanto, a insegurança alimentar e nutricional ainda é uma realidade prevalente, assim como o aparecimento e/ou agravamento de outros problemas,

conforme relatado na visita do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) ao Cone Sul do MS, em 2016, em que foram expostas as situações de vulnerabilidade, tais como: pouco espaço disponível para o plantio; quantidade insuficiente de alimentos nas cestas distribuídas; presença de fome nas famílias indígenas; incidência de alcoolismo e dependência de outras drogas; ausência de tratamento para dependentes químicos na aldeia; interrupções no fornecimento de água; órgãos estaduais e municipais negam o atendimento a indígenas, alegando que é competência exclusiva da Funai e da SESAI; presença de traficantes de drogas na aldeia; aumento da violência e ocorrência de estupros e assassinatos (BRASIL, 2017e).

Diante do exposto, observamos a complexidade da RID e os grandes desafios enfrentados pelo Polo Base de Dourados, que possui uma demanda singular.

3 JUSTIFICATIVA

O DSEI – MS, além de ser o maior do Brasil em número de indígenas atendidos, é também o pioneiro na implantação sistemática da VAN de crianças menores de cinco anos de idade e, em decorrência disso, possui cerca de 15 anos de avaliações acumuladas em seu banco de dados sendo o único que apresentou taxas de cobertura próximas a 97,0%. As informações coletadas nunca foram analisadas em um contexto científico e não há estudos que avaliem a tendência temporal do estado nutricional de indígenas no Brasil.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar a cobertura e a tendência temporal do estado nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, entre os anos de 2006 e 2019.

4.2 Objetivos específicos

- Analisar a evolução da cobertura anual do estado nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos, entre 2006 e 2019;
- Analisar a tendência temporal entre 2006 e 2019 da prevalência do baixo peso e do excesso de peso em crianças indígenas menores de cinco anos;

5 ARTIGOS

5.1 SÉRIE HISTÓRICA DA COBERTURA DE VIGILÂNCIA NUTRICIONAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS KAIOWÁ, GUARANI E TERENA DO MATO GROSSO DO SUL, BRASIL, 2006-2019

Resumo: Os povos indígenas no Brasil representam um quantitativo de quase 900 mil pessoas de 305 povos diferentes. Dados sobre saúde e nutrição são escassos e apontam para um cenário marcado por grande vulnerabilidade nutricional e social, elevadas prevalências de déficits estaturais, ponderais e anemia, com poucos estudos que revelam a cobertura destes acompanhamentos. O objetivo deste estudo foi identificar e analisar a evolução da cobertura do estado nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos, entre 2006 e 2019, no Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul (MS). Foram utilizados dados secundários coletados mensalmente pelos profissionais de saúde do maior Polo Base do Distrito Sanitário Especial Indígena do MS, que é o maior do país em número de indígenas atendidos. As planilhas continham: nome da criança, sexo, peso, datas de nascimento e de avaliação. A análise da série histórica foi feita por regressão *Joinpoint*, para os 14 anos, no Programa *Joinpoint Regression Program*. Foram atendidas em média, anualmente 2059 crianças, com cobertura média de 95,4% (IC95% 94,09; 96,78). A cobertura de avaliação do estado nutricional foi alta e constante em quase todo o período avaliado. Os dados revelam taxas de cobertura infantil indígena surpreendentemente elevadas no Polo de Dourados. No entanto, os dados de mortalidade infantil e insegurança alimentar registrados ao longo das duas primeiras décadas apontam para um impacto limitado sobre os perfis de saúde e nutrição das crianças Kaiowá e Guarani. Novas investigações devem examinar em detalhe estas dinâmicas, de modo a subsidiar ações que efetivamente resultem em impactos positivos sobre estes perfis e seus determinantes.

Palavras-chave: Cobertura de Serviços de Saúde; Sistemas de Informação; Monitoramento Nutricional; Estudos de Séries Temporais; Saúde de Populações Indígenas.

INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta uma grande diversidade de povos indígenas, sendo registradas 305 etnias, falantes de 274 línguas, em um quantitativo de quase 900 mil indivíduos¹. As informações disponíveis apontam, ainda que considere a imensa sociodiversidade desta população, para um panorama caracterizado por condições de alimentação e nutrição amplamente desfavoráveis ao crescimento infantil. Diversos estudos registram elevadas prevalências de déficits estaturais, ponderais e anemia², marcadamente superiores às registradas entre crianças não indígenas, e compatíveis com condições sanitárias insatisfatórias, problemas com a assistência à saúde e com um perfil de morbimortalidade que se destacam as insuficiências respiratórias agudas e as doenças diarreicas³. Este perfil se confirma com o Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, o único estudo de âmbito nacional já realizado⁴.

Considerando-se a reconhecida vulnerabilidade nutricional e social dos povos indígenas, a falta de dados nacionais sobre vigilância nutricional (VN) e de cobertura deste acompanhamento^{4,5}, este estudo tem como objetivo identificar e analisar a evolução da cobertura do estado nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos, durante 14 anos, no Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul (MS).

MÉTODOS

Estudo com dados secundários coletados por trabalhadores da saúde do Polo de Dourados-MS, desde 2006 até 2019. A gestão da saúde indígena é organizada em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), dentro de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena que pertence ao Sistema Único de Saúde. O DSEI-MS é o maior do país, atendendo a segunda maior população indígena do Brasil: 83.241 indivíduos^{1,6}. O Polo Base de Dourados é o maior em número de população do DSEI-MS, atendendo a 18 mil indígenas das etnias Guarani Nandeva, Guarani Kaiowá e Terena. Destes, 16 mil moram dentro da Reserva Indígena de Dourados (RID), que é a maior reserva em contingente populacional por hectare do Brasil⁷.

O uso dos dados foi autorizado pelo DSEI-MS e pela Secretaria Especial de Saúde Indígena. Os dados foram disponibilizados pelo Polo de Dourados no formato de consolidados mensais, em planilhas do Excel. Foram analisados os números absolutos e as porcentagens de cobertura de crianças menores de cinco anos pesadas durante os atendimentos, para todos os

meses e todos os anos avaliados. O ano de 2020 não foi incluído na pesquisa porque a pandemia causada pela Covid-19 interferiu nas atividades de VN por meses. As planilhas continham informações como: nome da criança, sexo, peso (kg), datas de nascimento e de avaliação. A estatura/comprimento não foi utilizada, pois a medida é aferida em média três vezes por ano para atualização do sistema de informação da VN indígena, optando-se por utilizar apenas a variável peso que é coletada mensalmente.

Para avaliação da tendência temporal da cobertura foi calculada a Variação Percentual Anual (APC) e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) utilizando o método de regressão de Joinpoint ^{8,9}, sendo considerado significativo valores de $p \leq 0,05$. Esta análise foi realizada no Programa *Joinpoint Regression Program* (versão 4.9.0). Para realizar a análise foi avaliada previamente no Programa Stata (versão 13.0), a normalidade da variável desfecho e a suposição de independência, utilizando respectivamente os testes de Shapiro Wilk e Durbin-Watson.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, com parecer de número 3.668.181/2019.

RESULTADOS

Foi verificado atendimento médio anual de 2059 atendimentos a crianças menores de cinco anos no Polo Base de Dourados, entre os anos de 2006 e 2019, sendo 95,4% de cobertura (Desvio Padrão: 0,6237 e IC95% 94,09; 96,78), com mediana de 95,960 sendo o valor mínimo encontrado de 90,5 e máximo de 98,6%.

A Tabela 1 e o Gráfico 1 revelam que a cobertura de avaliação do estado nutricional foi alta e constante em todo o período avaliado, exceto para o ano de 2014, em que a cobertura do mês de fevereiro foi de 41,6%, e que o ano de 2016 apresentou a menor cobertura média anual (90,5%), comparado a todos os demais anos. Não foram localizados dados referentes aos meses de janeiro e fevereiro de 2006 e de dezembro de 2013.

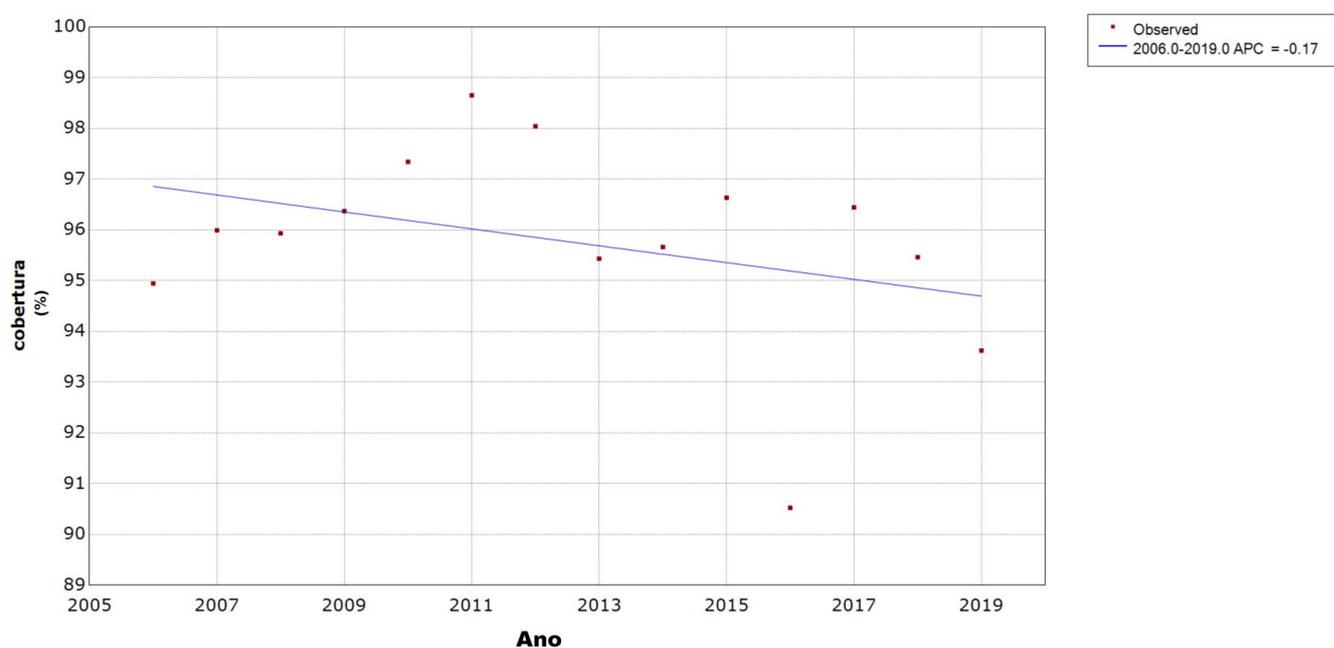
Tabela 1. Porcentagem de cobertura de avaliação de crianças indígenas menores de cinco anos de idade do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2006 a 2019.

MÊS	ANO													
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	%													
Janeiro		96,5	97,3	97,6	94,9	98,0	98,7	97,2	97,3	96,5	93,9	97,8	97,9	97,7
Fevereiro		96,9	95,3	98,5	97,0	97,2	98,2	97,2	41,6	96,7	87,7	97,7	98,1	76,2
Março	92,3	98,2	95,5	93,4	97,4	99,1	97,9	97,3	94,1	96,6	93,7	97,7	94,7	93,5
Abril	94,7	92,0	96,5	93,6	95,8	98,2	97,4	91,6	94,7	97,4	89,6	96,4	94,4	94,9
Mai	95,1	96,6	96,3	96,8	97,0	99,0	97,6	98,1	95,1	96,3	84,2	97,5	97,0	85,3
Junho	93,8	96,5	96,9	97,4	97,9	99,1	98,4	96,4	96,2	95,9	88,2	96,9	95,3	97,5
Julho	96,3	92,8	95,2	97,8	97,5	99,1	97,9	95,6	95,3	96,6	80,0	94,2	96,5	98,7
Agosto	96,5	95,5	96,0	95,1	98,0	99,8	97,2	94,1	96,2	98,5	91,8	92,7	95,8	98,2
Setembro	95,2	96,8	96,0	97,3	98,7	99,2	98,4	96,0	95,7	97,1	94,5	96,3	93,8	97,5
Outubro	94,0	97,5	93,5	96,9	98,9	98,1	98,4	89,1	96,4	94,7	94,8	98,1	94,3	96,8
Novembro	96,3	96,5	95,5	96,7	98,8	98,8	98,5	97,2	95,1	94,8	96,5	96,0	95,2	97,0
Dezembro	95,2	96,1	97,2	95,5	96,8	98,1	88,7		95,7	94,7	94,9	97,2	92,5	90,1
MÉDIA	94,9	96,0	95,9	96,4	97,4	98,6	98,1	95,3	91,1	96,3	90,5	96,5	95,5	93,6

Fonte: O autor, 2021.

O Gráfico 2 apresenta a variação da série histórica da cobertura de avaliação nutricional de crianças indígenas do Polo de Dourados nos 14 anos avaliados mostrando que, embora tenha havido uma queda na cobertura ao longo dos anos, esta redução foi de apenas 0,17%, sendo não significativa ($p=0,223$; IC95% -0,5;0,1).

Gráfico 2 - Variação da série histórica anual da cobertura de avaliação nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos de idade do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2006-2019.



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joins.

APC: variação percentual anual

Fonte: Joinpoint, 2021.

DISCUSSÃO

A cobertura da VN do Polo Base de Dourados foi elevada em todo o período estudado, e muito superior ao dado apresentado no estudo publicado sobre cobertura da vigilância nutricional entre povos indígenas⁵. De acordo com o estudo de Silva et al.¹⁰, o DSEI-MS obteve uma boa evolução da cobertura da VN, que foi de 82,2% em 2002, para 97,2% em 2011. Especificamente o Polo de Dourados apresentou cobertura de 98,2% em 2011¹⁰. A região Centro-Oeste do país e o estado do MS, no

período de 2008 a 2015, apresentaram uma tendência de crescimento significativo na cobertura da avaliação do estado nutricional de crianças de cinco e nove anos no Sisvan Web, mas em ambas, a cobertura foi inferior a 26,0% no período analisado¹¹.

Em contexto indígena, estudo realizado no DSEI Yanomami revelou uma cobertura de apenas 27,7% entre os menores de cinco anos⁵. Entretanto, há que se considerar que neste estudo, a existência de dados de peso e estatura ou comprimento pelo menos uma vez por trimestre foi utilizada como critério para a definição da cobertura, diferentemente do presente estudo que considerou apenas a medida de peso como critério de acompanhamento, por ser uma medida mensal, dificultando as comparações. Ainda assim, o quadro registrado no Polo de Dourados e o marcante contraste com outros contextos chamam a atenção, e apontam para a existência de dinâmicas particulares ao Polo.

Os povos Kaiowá e Guarani do MS chegaram, em diversas ocasiões, à grande mídia, que noticiava a morte de crianças indígenas em números surpreendentes, associadas a imagens de crianças gravemente desnutridas. Causas e responsáveis foram objeto de “acirrados debates”, e uma Comissão Parlamentar de Inquérito chegou a visitar a região¹². No ano 2000 chegaram a ser registrados 141,56 óbitos por mil nascidos vivos na área de abrangência do Polo de Dourados, enquanto o estado do MS registrou 23,8‰ no mesmo período⁷. Relatórios posteriores seguiram denunciando o problema da região, indissociável da história de esbulho territorial imposto aos Kaiowá e Guarani¹³, em meio a relações com não indígenas e com o Estado brasileiro marcadas pela violência e por violações de direitos^{14,15}. Neste cenário, é possível que a pressão exercida pela grande mídia e pela opinião pública, que produziram intervenções emergenciais de diversas ordens, tenha resultado também em uma intensificação dos esforços institucionais direcionados ao monitoramento do estado nutricional infantil. Além disso, pode haver contribuído com a cobertura o fato de a maior parte das famílias atendidas pelo Polo serem beneficiárias do Programa Bolsa Família, que possui como condicionalidade o monitoramento do estado nutricional.

Os dados aqui apresentados revelam taxas de cobertura da avaliação e monitoramento do estado nutricional infantil indígena surpreendentemente elevadas no Polo Base de Dourados. No entanto, os dados de mortalidade infantil e insegurança alimentar registrados ao longo das duas primeiras décadas deste século apontam para

um impacto apenas limitado deste monitoramento sobre os perfis de saúde e nutrição das crianças Kaiowá e Guarani. Novas investigações devem examinar em detalhe estas dinâmicas, de modo a subsidiar ações que efetivamente resultem em impactos positivos sobre estes perfis e seus determinantes.

REFERÊNCIAS

- 1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características gerais dos indígenas: resultados do universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012.
- 2 Leite MS. Nutrição e alimentação em saúde indígena: notas sobre a importância e a situação atual. In: Garnelo L, Pontes AL, orgs. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI; 2012. p.156-183.
- 3 Basta PC, Orellana JDY, Arantes R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: Garnelo L, Pontes AL, orgs. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI; 2012. p.60-106.
- 4 Coimbra-Jr CEA. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. Cad. Saúde Pública 2014;30(4):855-9.
- 5 Pantoja LN, Orellana JDY, Leite MS, Basta PC. Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN-I) e prevalência de desvios nutricionais em crianças Yanomami menores de 60 meses, Amazônia, Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2014;14(1):53–63.
- 6 Ministério da Saúde. Distrito Sanitário Especial Indígena. População indígena do Mato Grosso do Sul; 2018. <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/08/Anexo-1659355-dsei-ms.pdf> (acessado em 15/Out./2020).
- 7 Fernandes TO, Martins CP, Souza FS, Trajber Z, Machado IR. A Saúde na Reserva Indígena de Dourados: histórico, lutas e (re)existências. In: Mota JGB, Cavalcante TLV, orgs. Reserva Indígena de Dourados: histórias e desafios contemporâneos [ebook]. São Leopoldo: Karywa; 2019. p.185-202.
- 8 Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. Stat Med 2000;19(3):335-51. Erratum in: Stat Med 2001;20(4):655.
- 9 Almeida FS, Morrone LC, Ribeiro KB. Tendências na incidência e mortalidade por acidentes de trabalho no Brasil, 1998 a 2008. Cad. Saúde Pública 2014;30(9):1957-64.

10 Silva OLO, Lindemann IL, Prado SG, Freitas KC, Souza AS. Vigilância alimentar e nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos em Mato Grosso do Sul, 2002-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2014;23(3):541-6.

11 Moreira NF, Soares CA, Junqueira TS, Martins RCB. Tendências do estado nutricional de crianças no período de 2008 a 2015: dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). *Cad. Saúde Colet.* 2020;28(3):447–54.

12 Leite MS, Santos CV. A desnutrição entre os índios. *Ciênc. Hoje* 2005; 37(217). p.71-3.

13 Cavalcante TLV. Colonialidade e colonialismo interno: a política de criação de reservas indígenas no sul de Mato Grosso do Sul e algumas de suas consequências contemporâneas. In: Mota JGB, Cavalcante TLV, orgs. *Reserva Indígena de Dourados: histórias e desafios contemporâneos [ebook]*. São Leopoldo: Karywa; 2019. p.21-42.

14 Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Tekoha: direitos dos povos Guarani e Kaiowá: visita do Consea ao Mato Grosso do Sul*. Brasília: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; 2017.

15 O Direito Humano à Alimentação Adequada e à Nutrição do povo Guarani e Kaiowá: um enfoque holístico – Resumo Executivo / Thaís Franceschini – Brasília: FIAN Brasil, 2016. 87 p.

5.2 ARTIGO 2: ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS KAIOWÁ, GUARANI E TERENA DO MATO GROSSO DO SUL: Um estudo de tendência temporal de 2006 a 2019

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar a tendência temporal do estado nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, entre os anos de 2006 e 2019. Trata-se de uma série temporal com dados secundários. Foi analisado o estado nutricional de todas as crianças menores de cinco anos avaliadas neste período de 14 anos. As análises de regressão *Join Point* foram realizadas no Programa *Joinpoint Regression Program*, versão 4.9.0. As avaliações foram realizadas para todos os menores de cinco anos (<5 anos) e também subdivididos entre menores de dois anos (<2 anos) e maiores de dois anos e menos de cinco (>2 anos e <5 anos). A extrema vulnerabilidade em que as comunidades indígenas vivenciam reflete diretamente em suas condições de alimentação e em seus indicadores nutricionais e de saúde.

Palavras chaves: Vigilância Nutricional; Estudos de Séries Temporais; Saúde de Populações Indígenas; Desnutrição Infantil. Saúde da Criança.

INTRODUÇÃO

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) faz parte da Vigilância em Saúde e tem como papel prioritário o monitoramento constante da situação alimentar e o estado nutricional da população brasileira, com a finalidade de subsidiar os órgãos responsáveis na elaboração de ações e políticas públicas (BRASIL, 2013). A sua instituição deu-se de fato no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1999).

A única investigação a nível nacional realizada com os povos indígenas, foi em 2009, o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, no qual evidenciou altas prevalências de déficits nutricionais, 5,9% de baixo peso (BP) para a idade e 26,0% baixa estatura para a idade (BRASIL, 2009a). Ao compararmos as crianças indígenas com as não indígenas, observa-se um cenário muito pior, como apresentado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), em que a prevalência de déficit da estatura para a idade reduziu de 13,4% para 6,7% e o peso

para a idade de 4,2% para 1,8%, ambos entre 1996 e 2006 (BRASIL, 2009b). Destaca-se a inexistência de investigações do estado nutricional de crianças indígenas e não indígenas menores de cinco anos no Brasil atuais, o que dificulta o acompanhamento e monitoramento dessa população.

De acordo com o último Censo, o Brasil possui 305 diferentes povos e aproximadamente 896,9 mil indivíduos autodeclarados indígenas e falantes de 274 línguas (BRASIL, 2012a). O estado do Mato Grosso do Sul é assistido pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul (DSEI-MS), que atende uma população de 83.241 indígenas de oito etnias: Atikum, Guarani Kaiowá, Guarani Nhandeva, Guató, Kadiwéu, Kinikinaw, Ofaié e Terena (BRASIL, 2011a; 2018). Apenas os Guarani Kaiowá (ou Kaiowá), Guarani Nhandeva (ou Guarani) e Terena, juntos, somam 97,5% do total de indígenas do estado (BRASIL, 2018).

O Polo Base de Dourados é o maior Polo do DSEI-MS e é responsável pela assistência de uma média de 18 mil indígenas, sendo 16 mil moradores da Reserva Indígena de Dourados (RID), considerada a maior reserva indígena em contingente populacional por hectare do país, localizada no município de Dourados-MS, próxima a região central da cidade. O atendimento abrange também áreas de retomada de terra, acampamentos e outras aldeias em municípios próximos. A RID foi criada em 1917 pelo Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e é composta pelos três povos mais prevalentes no estado (FERNANDES *et al.*, 2019).

O DSEI-MS, além do maior do Brasil em número de indígenas atendidos, também foi o pioneiro na implantação sistemática da VAN de crianças menores de cinco anos de idade e, em decorrência disso, possui cerca de 15 anos de avaliações acumuladas em seu banco de dados. As informações coletadas pelo Polo Base de Dourados nunca foram analisadas em um contexto científico e não há estudos que avaliem a tendência temporal do estado nutricional de indígenas no Brasil. À vista disso, a pesquisa teve como objetivo analisar a tendência temporal do estado nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, entre os anos de 2006 e 2019.

MÉTODOS

Trata-se de uma série temporal realizada com dados secundários coletados por trabalhadores da saúde do Polo Base de Dourados desde 2006 até 2019, autorizado

pela SESAI e DSEI-MS. Foi analisado o estado nutricional de todas as crianças menores de cinco anos avaliadas neste período de 14 anos. Os dados foram disponibilizados no formato de planilhas do Excel pelo Polo Base, visto que são os consolidados mensais utilizados na rotina de trabalho dos profissionais e da gestão. Optou-se por utilizar os dados secundários provenientes da coleta dos profissionais e não os dados disponíveis no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI, pelas mudanças que ocorreram ao longo dos anos no sistema, pelos dados de vigilância nutricional serem mais recentes e pela incompletude dos dados no sistema, quando comparado aos dados dos consolidados mensais.

O ano de 2020 não foi incluído na pesquisa, já que com a pandemia causada pela Covid-19, as atividades de VAN foram paralisadas por vários meses, não refletindo a rotina do serviço. Além dos dados de 2020, também não foram incluídas as planilhas anteriores a 2006, embora houvesse alguns dados, devido a inconsistência na coleta, a falta de padronização e a baixa sistematização. As planilhas continham informações como o nome da criança, peso (kg), data de nascimento e data da avaliação. Os dados de comprimento/estatura não são coletados como rotina do serviço da saúde indígena do Polo de Dourados, e sim apenas três a quatro vezes no ano, para atualização do SIASI e para envio dos dados do Programa Bolsa Família ao município. As avaliações são feitas mensalmente em microáreas dentro da reserva e/ou em visitas domiciliares dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), que não possuem material antropométrico suficiente ou local adequado, impossibilitando a sistemática e periódica coleta desta medida.

Os valores de Escore-z do índice peso para idade (P/I) foram calculadas para cada criança com auxílio do software WHO ANTHRO (WHO, 2011). Após a obtenção dos valores de Escore-z, as crianças foram classificadas em quatro categorias quanto ao estado nutricional: muito baixo peso para idade (MBP) ($< \text{Escore-z } -3$), baixo peso para idade (BP) ($\geq \text{Escore-z } -3$ e $< \text{Escore-z } -2$), peso adequado para idade ($\geq \text{Escore-z } -2$ e $\leq \text{Escore-z } +2$) e peso elevado para idade (PE) ($> \text{Escore-z } +2$). Foram utilizadas as classificações em Escore-z, pois é dessa forma que a Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI realiza as suas análises e monitoramento nutricional, além do que, é o parâmetro indicado em pesquisas, uma vez que permite avaliações e/ou comparações estatísticas de grupos de crianças (BRASIL, 2011b).

Para avaliação da tendência temporal das prevalências das categorias MBP, BP e PE foram calculadas as Variações Percentuais Anuais (APC), seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) e p valor, por meio do método de regressão de Joinpoint (KIM *et al.*, 2000; ALMEIDA; MORRONE; RIBEIRO, 2014), sendo considerado significativo valores de $p \leq 0,05$. Estas análises foram realizadas no Programa *Joinpoint Regression Program*, versão 4.9.0. As avaliações foram realizadas para todos os menores de cinco anos (<5 anos) e também subdivididos entre menores de dois anos (<2 anos) e maiores de dois anos a menores de cinco (>2 anos e <5 anos), a fim de verificar as prevalências por faixas etárias.

Para padronizar os resultados apresentados em formato gráfico optou-se por escolher o modelo de Joinpoint linear (linha contínua para todos os 14 anos avaliados), sem quebras; por isso foi apresentado apenas os valores de APC e não os valores de AAPC (Variações Médias Percentuais Anuais).

As premissas para a realização da modelagem de Joinpoint foram avaliadas no Programa Stata (versão 13.0). Tais premissas consistem em normalidade da variável desfecho (avaliada neste estudo pelo teste de Shapiro Wilk $\geq 0,05$) e independência (não autocorrelação) das observações (teste de Durbin-Watson =2). Para os <5 anos, para a variável BP, que apresentou valor de Durbin-Watson <2, foi considerado erro-padrão para ajuste do modelo de regressão. Quando subdivididas as categorias de idade, para os <2 anos, o MBP e o PE também apresentaram valor de Durbin-Watson <2, sendo ajustado para a análise de Joinpoint. Já o BP não apresentou distribuição normal, sendo necessário corrigir para a variância de Poisson. Dentre os >2 anos e <5 anos, para todas as medidas avaliadas, foi necessário ajustar considerando o erro padrão (Durbin-Watson <2).

O projeto foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde com parecer de número 3.668.181 em 29 de outubro de 2019, e, posteriormente, enviado ao DSEI-MS junto a solicitação do uso dos dados primários do Polo Base de Dourados sobre gestantes e crianças menores de cinco anos, entre os anos 2015 e 2019, sendo aprovado em 29 de janeiro de 2020. Posteriormente, foi solicitado ampliação dos dados da VAN para os últimos 14 anos.

RESULTADOS

Os resultados do estado nutricional estão apresentados em números absolutos e prevalências, divididos em: crianças indígenas <2 anos; crianças >2 e <5 anos; e crianças < 5 anos, no período de 2006 a 2019 (Tabela 2). Em relação aos achados das tendências temporais dos estados nutricionais, estão apresentados na Tabela 3 e, para melhor visualização das linhas de tendência, estes foram ilustrados em sua forma gráfica (Figura 5 a 7).

Os dados da Tabela 2 enfatizam a alta prevalência de MPB e BP nos <5 anos, revelando que as prevalências de MBP, BP e PE foram consideravelmente maiores em crianças <2 anos quando comparadas com as crianças >2 e <5 anos.

Tabela 2. Estado nutricional médio anual de crianças indígenas menores de cinco anos (<2 anos; de >2 e <5 anos; e <5 anos) de idade atendidas no Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2006 a 2019.

ANO	Muito Baixo Peso			Baixo Peso			Peso Elevado		
	< 2 anos n (%)	> 2 a < 5 anos n (%)	< 5 anos n (%)	< 2 anos n (%)	> 2 a < 5 anos n (%)	< 5 anos n (%)	< 2 anos n (%)	> 2 a < 5 anos n (%)	< 5 anos n (%)
2006	16 (1,9)	7 (0,5)	23 (1,0)	50 (5,7)	37 (2,7)	87 (3,9)	17 (1,9)	6 (0,4)	22 (1,0)
2007	21 (2,6)	8 (0,6)	29 (1,3)	61 (7,5)	34 (2,5)	96 (4,4)	8 (1,0)	4 (0,3)	13 (0,6)
2008	13 (1,6)	6 (0,4)	19 (0,9)	51 (6,5)	27 (2,0)	80 (3,7)	11 (1,4)	7 (0,5)	18 (0,8)
2009	11 (1,3)	5 (0,4)	17 (0,8)	50 (5,9)	24 (1,9)	74 (3,5)	16 (1,9)	11 (0,9)	27 (1,3)
2010	16 (1,7)	6 (0,5)	21 (1,0)	51 (5,7)	23 (2,0)	74 (3,6)	13 (1,5)	8 (0,7)	21 (1,0)
2011	14 (1,6)	5 (0,4)	19 (0,9)	43 (4,9)	20 (1,7)	64 (3,0)	11 (1,2)	6 (0,5)	18 (0,8)
2012	13 (1,4)	4 (0,3)	17 (0,8)	44 (4,8)	23 (1,9)	67 (3,1)	13 (1,4)	9 (0,7)	21 (1,0)
2013	15 (1,8)	5 (0,4)	20 (0,9)	42 (5,0)	25 (1,9)	67 (3,2)	20 (2,4)	8 (0,6)	27 (1,3)
2014	20 (2,6)	5 (0,4)	23 (1,1)	35 (4,6)	28 (2,2)	65 (3,3)	17 (2,2)	9 (0,7)	26 (1,3)
2015	11 (1,4)	6 (0,5)	17 (0,8)	41 (5,4)	28 (2,3)	69 (3,5)	20 (2,6)	10 (0,8)	30 (1,3)
2016	26 (3,1)	7 (0,6)	31 (1,6)	45 (5,9)	26 (2,4)	72 (3,8)	27 (3,5)	10 (0,9)	37 (2,0)
2017	14 (1,7)	8 (0,7)	22 (1,1)	42 (5,0)	25 (2,2)	70 (3,4)	15 (1,9)	12 (1,1)	27 (1,3)
2018	17 (2,0)	9 (0,8)	26 (1,3)	43 (5,1)	26 (2,3)	70 (3,5)	15 (1,8)	12 (1,1)	27 (1,3)
2019	17 (2,1)	8 (0,7)	25 (1,3)	39 (4,9)	27 (2,3)	65 (3,4)	20 (2,5)	13 (1,1)	33 (1,7)

Fonte: O próprio autor, 2021.

Observou-se que houve um aumento não significativo no número de crianças com MBP (Tabela 3 e Figura 5) em todo o período avaliado para todas as faixas de <5 anos. Mas apenas para as crianças entre dois e cinco anos houve um aumento significativo de MBP de 4,3% ao longo dos 14 anos avaliados (IC95% 1,1; 7,6; p valor 0,011).

Com relação ao BP, verificou-se tendência de decréscimo ao longo período analisado entre os menores de cinco anos; no entanto, apenas para os menores de dois anos a tendência de queda foi significativa de 2,1% (IC95% -3,5; -0,4; p valor 0,020) (Tabela 3 e Figura 6).

O PE para a idade mostrou uma tendência de aumento significativo de 6,1% em todas as divisões etárias entre os menores de cinco anos (Tabela 3 e Figura 7).

Tabela3 – Variação percentual anual (APC) do estado nutricional nas crianças indígenas menores de cinco anos do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, para todo o período de 2006 a 2019.

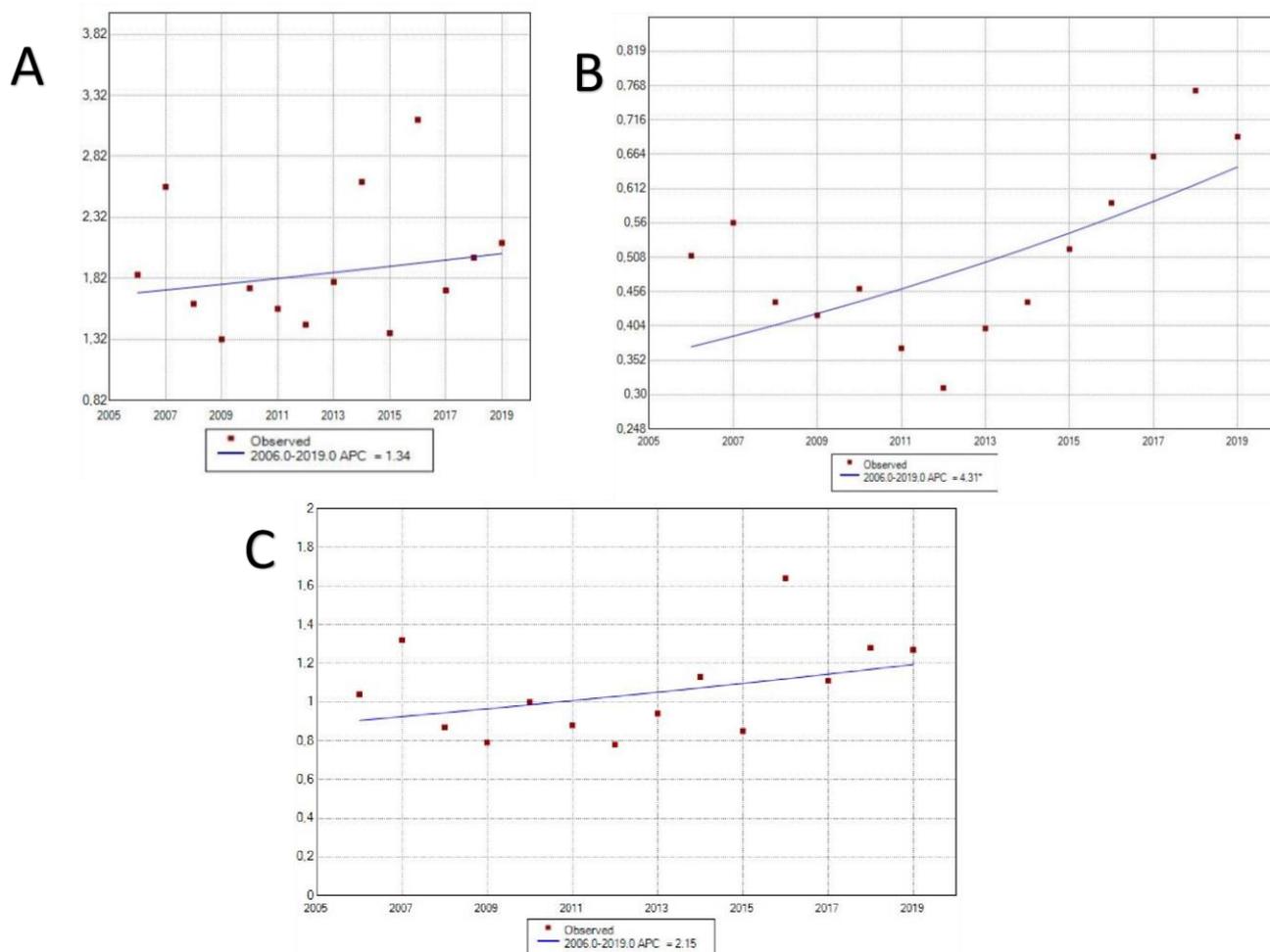
Variável	APC	IC95 (%)	Valor de p
Menores de 2 anos			
MBP	1,3	-2,4; 5,2	0,453
BP	-2,1	-3,7; -0,5	0,015
PE	6,8	2,4; 11,4	0,005
Maiores de 2 anos e menores de 5 anos			
MBP	4,3	1,1; 7,6	0,011
BP	0,5	-1,5; 2,7	0,59
PE	6,0	3,2; 8,9	<0,001
Menores de 5 anos			
MBP	2,2	-0,9; 5,3	0,151
BP	-0,9	-2,4; 0,6	0,195
PE	6,2	3,0; 9,4	0,001

* Valores de baixo peso sem corrigir pela variância de Poisson.

MBP: muito baixo peso/idade; BP: baixo peso/idade; PE: peso elevado/idade; APC: variação percentual anual; IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Fonte: O próprio autor, 2021.

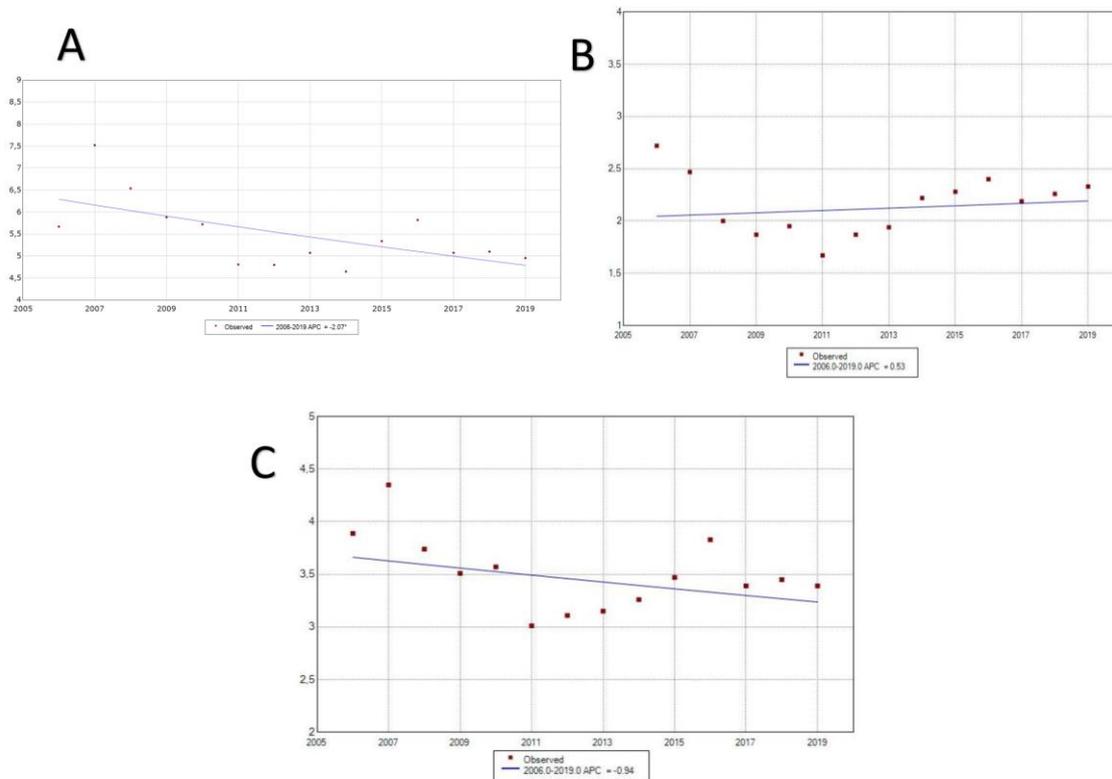
Figura 5 – Tendência temporal da prevalência do Muito Baixo Peso em crianças indígenas menores de cinco anos por faixa etária, do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul - Brasil, para todo o período de 2006 a 2019.



A) Menores de dois anos; B) Maiores de dois e menores de cinco anos; C) Menores de cinco anos; APC: variação percentual anual; *Indica que o APC teve o valor de p menor que 0,05.

Fonte: Joinpoint, 2021.

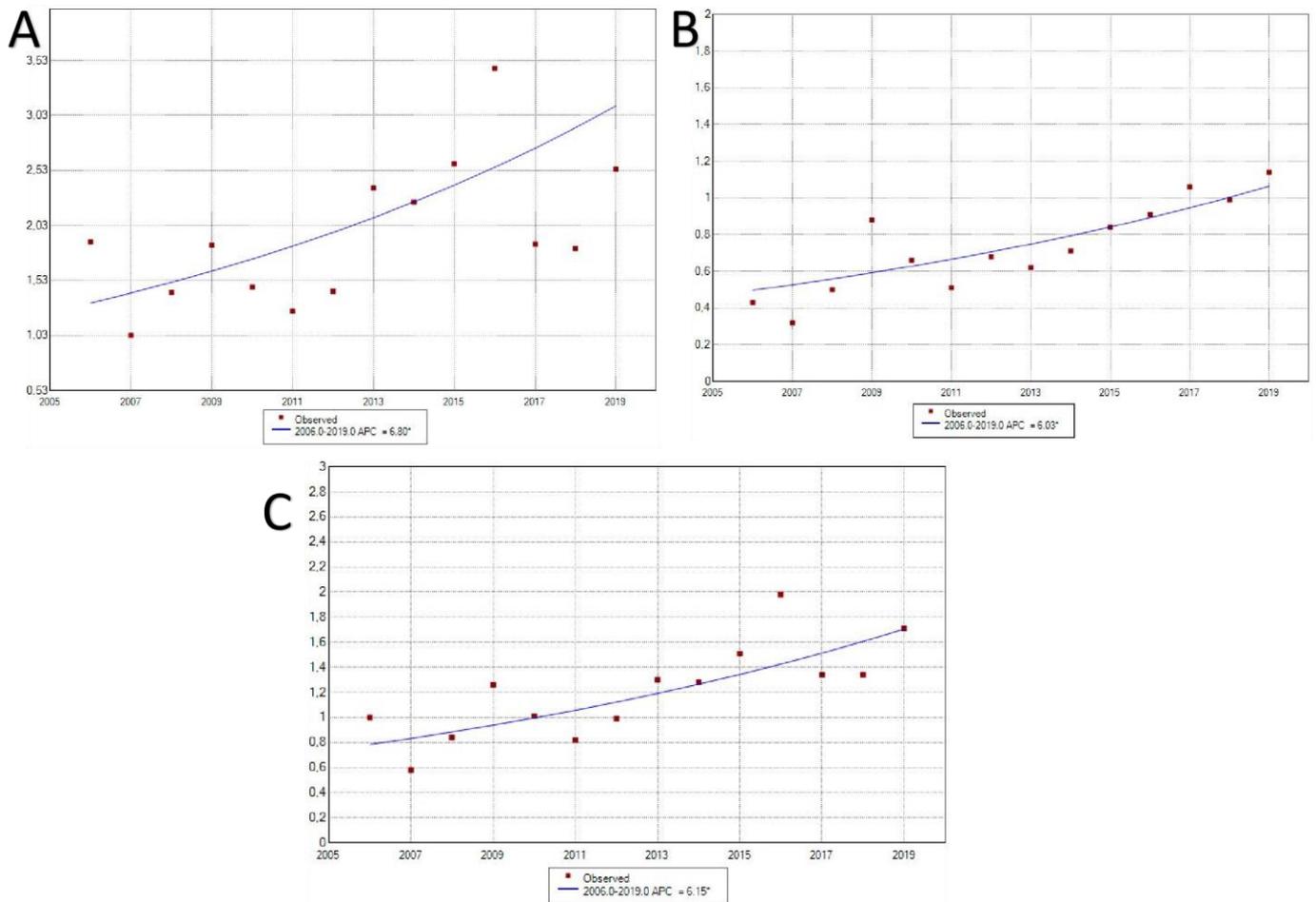
Figura 6 –Tendência temporal da prevalência do Baixo Peso em crianças indígenas menores de cinco anos por faixa etária, do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul - Brasil, para todo o período de 2006 a 2019.



A) Menores de dois anos; B) Maiores de dois e menores de cinco anos; C) Menores de cinco anos; APC: variação percentual anual; *Indica que o APC teve o valor de p menor que 0,05.

Fonte: Joinpoint, 2021.

Figura 7 –Tendência temporal do Peso Elevado para a idade em crianças indígenas menores de cinco anos por faixa etária do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul - Brasil, para todo o período de 2006 a 2019.



A) Menores de dois anos; B) Maiores de dois anos e menores de cinco; C) Menores de cinco anos; APC: variação percentual anual; *Indica que o APC teve o valor de p menor que 0,05.

Fonte: Joinpoint, 2021.

DISCUSSÃO

Os resultados destas análises de tendência temporal mostraram que o MBP para idade apresentou um aumento não significativo para < 2 anos e < 5 anos, mas significativo para > 2 anos; o BP para idade reduziu nos 14 anos, com aumento não significativo para os > 2 anos; e o PE para idade aumentou significativamente em todas as divisões etárias durante toda a série histórica.

O Ministério da Saúde adota como um parâmetro da prevalência aceitável de crianças com muito baixo peso (abaixo do Escore-z -3), o equivalente a 0,13%; 2,14% de baixo peso, e 2,3%, de peso elevado para idade (BRASIL, 2011b). Quando comparados com os achados desse estudo, observa-se que o MBP e o BP para idade estão muito acima do esperado, sendo ainda mais grave para o MBP que chega a estar mais de dez vezes acima do esperado para a população brasileira. Embora o PE para idade tenha aumentado significativamente durante os 14 anos, ainda permanece dentro do esperado para uma população saudável, reforçando assim a magnitude do MBP para a idade.

As prevalências do estado nutricional apontaram para uma maior severidade das crianças < 2 anos quando comparadas com as > 2 anos e < 5 anos. Os anos iniciais de vida são decisivos para o bom crescimento e desenvolvimento durante a infância, pois nessa fase as crianças possuem uma maior vulnerabilidade aos agravos sociais, econômicos e ambientais, podendo repercutir ao longo da vida (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

O I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, evidenciou a presença dos déficits nutricionais dentro das comunidades indígenas em crianças menores de cinco anos, no qual a prevalência de BP para idade foi de 5,9%, similar ao encontrado no presente estudo para < 2 anos (BRASIL, 2009). Até a atualidade não existem outros estudos nacionais com povos indígenas, mas estudos pontuais com povos específicos foram realizados nas últimas duas décadas em diferentes regiões do país, e mostraram que as prevalências de BP para idade encontradas variaram entre 2,0% e 57,5%, confirmando que a realidade do Polo Base de Dourados é similar à de outras localidades (KÜHL *et al.*, 2009; PEREIRA, 2012; BARRETO; CARDOSO; COIMBRA JUNIOR, 2014; PANTOJA, 2014; DUARTE *et al.*, 2018).

No decorrer dos 14 anos de monitoramento do estado nutricional no Polo base de Dourados, houve uma diminuição da gravidade dos déficits nutricionais, pois nesse período existiram diversas ações e estratégias realizadas pelas EMSI, como: o monitoramento das crianças menores de cinco anos; identificação e acompanhamento sistematizado das crianças MBP e BP para a idade; regularização da situação vacinal; intervenção precoce e internação hospitalar nas crianças que apresentavam maior gravidade e risco de morte. Além disso, foram colocadas em prática, políticas e programas que contribuíram para melhora desse cenário, dentre eles, programa nacional de vitamina A e sulfato ferroso; o aumento do número de profissionais e a realização de parcerias com governo estadual, federal, Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e organizações não governamentais para aquisição de cestas básicas

emergenciais. Ainda assim, as políticas públicas foram mínimas diante da complexidade do problema e apenas amenizaram a alta mortalidade infantil na região.

No ano de 2000, o Polo Base apresentou altas taxas de mortalidade infantil, sendo 141,56 óbitos por mil nascidos vivos, comparado ao estado do MS que registrou uma taxa de 23,8 por mil nascidos vivos no mesmo período. A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), considera uma alta taxa de mortalidade infantil acima de 50 por mil ou mais; média de 20 a 49 e baixa menor que 20 (BRASIL, 2012).

Em 2003, o segundo Mapa da Fome Indígena do Brasil, que avaliou 297 terras indígenas e um total aproximado de 254.904 indivíduos (81,8%), evidenciou que houve um aumento da fome bem como a dificuldade para garantir satisfatoriamente o sustento alimentar das famílias, seja de forma permanente, seja de forma sazonal, chegando a 66,7% das terras indígenas avaliadas (41,9% da população de respondentes) (VERDUM, 2003).

Outros dados nacionais apontam para a situação de insegurança alimentar e nutricional (IAN) entre alguns povos indígenas, a exemplo do estudo com comunidades Terenas no Mato Grosso do Sul. Este estudo avaliou a IAN por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional Domiciliar (EBIA) e encontrou insegurança alimentar moderada de 32,7% e grave de 20,4% dentre as famílias. Como agravante da fome, 14,3% das mulheres afirmaram terem passado por situações de fome no mês anterior à pesquisa e 67,3% dos domicílios convivem com o medo de ficar sem alimentos (FÁVARO *et al.*, 2007).

A nível nacional, o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, revelou que 92,3% das famílias de todo o Brasil, relataram falta de alimentos em alguma época do ano (BRASIL, 2009). Em estudo recente com escala de segurança alimentar adaptada, 31,0% das famílias Guarani do estado de São Paulo viviam em insegurança alimentar grave (SEGALL-CORRÊA *et al.* 2018). No ano de 2014 na RID, 64,1% das 435 famílias avaliadas, foram acometidas com algum nível de insegurança alimentar e nutricional (IAN), sendo que 37,0% apresentaram situação de IAN com fome (JORGE, 2014). A realidade retratada pelos estudos reforça a situação de extrema desigualdade social que os povos indígenas vivem, que extrapolam as ações das equipes de saúde, oriunda do descaso do estado brasileiro com a falta das demarcações territoriais, em decorrência disso, obrigam esses indivíduos a sobreviverem em situações extremas.

No presente estudo, o PE para idade ainda permanece dentro dos valores aceitáveis para uma população saudável, mas já evidenciando que o excesso de peso poderá vir a ser um problema, assim como em outros povos indígenas brasileiros. Deve ser considerada uma situação nutricional a ser prevenida, por meio de ações planejadas pelas EMSI, visando a

promoção da alimentação adequada e saudável, e atrelada a garantia da terra e do próprio sustento.

No Brasil, alguns estudos avaliaram o excesso de peso pelo indicador peso para estatura (P/E), no qual foram encontradas prevalências entre 4,0% e 6,2% (PEREIRA, 2012; BARRETO; CARDOSO; COIMBRA JUNIOR, 2014; PANTOJA, 2014). Em relação ao IMC para idade, estudos apontaram valores de 6,4% (KUHL, *et al.*, 2009), 7,7% (FAVARO *et al.*, 2019), 12,9% (DUARTE *et al.*, 2018) e 16,4% (SOUZA; ALVES, 2013) de sobrepeso e/ou obesidade.

Desde sua criação, em 1999, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi) sempre apresentou instabilidade na gestão e organização, já que está atrelado às mudanças de governantes e suas respectivas equipes de trabalho, acarretando retrocessos e histórico descaso com os povos indígenas. Não existe uma continuidade do trabalho, políticas e programas estruturantes que atendam às necessidades de todos esses povos. Associado a esse cenário, existem também os problemas de negligência com o financiamento e atualização dos valores repassados para saúde indígena. A exemplo disso, o DSEI-MS recebe o menor orçamento per capita do país com déficit anual de R\$ 27 milhões, embora seja o maior DSEI em contingente populacional indígena e atende a segunda maior população indígena do Brasil (CIMI, 2019).

É necessário destacar que as comunidades indígenas vivem em situações de vulnerabilidade e precariedade como exposto em relatório oficiais. A Organização pelo Direito Humano à Alimentação e à Nutrição Adequadas (FIAN -Brasil) em parceria com o CIMI, em 2016, realizaram uma pesquisa socioeconômica e nutricional em comunidades Guarani e Kaiowá da região sul do Mato Grosso do Sul, e constataram graves violações de direitos humanos como: acesso à educação; saneamento; segurança; não demarcação dos territórios indígenas; desmatamento e falta de proteção em relação ao uso de agrotóxicos, bem como a insegurança alimentar esteve presente em todos os domicílios com crianças menores de cinco anos, tendo uma prevalência de 60,0% de insegurança moderada e 21,8% de insegurança grave (FRANCESCHINI, 2016).

As denúncias sobre as violações de direitos dos povos Kaiowá e Guarani não terminaram e, também em 2016, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), hoje extinto, visitou e escutou os povos indígenas moradores e moradoras de seis municípios, dentre eles a RID. O relatório produzido a partir da visita mostrou um cenário muito similar ao encontrado por Franceschini (2016), com diversas violações de direitos

humanos, principalmente o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), além de um cenário de violências, assassinatos e suicídios (BRASIL, 2017).

Este estudo teve como principal limitação a utilização do banco de dados secundários e, conseqüentemente, não foi possível controlar a qualidade das coletas de dados e o registro das informações nas quatro unidades de saúde da RID, nem junto as equipes volantes. Outra limitação foi a utilização de dados de peso para idade, apenas, e não de estatura, pois essa medida não é coletada como rotina do serviço, apenas para atualização do SIASI e Bolsa Família. Entretanto, o Polo Base de Dourados, além de possuir uma série histórica longa, possui coberturas médias anuais de peso por idade de 95,4%, ou seja, avalia quase todos as crianças indígenas menores de 5 anos.

A extrema vulnerabilidade em que as comunidades indígenas vivenciam reflete diretamente em suas condições de alimentação e em seus indicadores nutricionais e de saúde. Conseqüentemente, a série histórica apresentada neste estudo reforça que os déficits nutricionais observados em menores de 5 anos necessitam de ações políticas que extrapolam a atenção à saúde realizada pela Atenção Primária dentro da RID. São evidências que apontam para a ausência de políticas públicas estruturantes que resolvam o problema da desnutrição e não apenas que reduzam as taxas de mortalidade infantil, mas que deem garantia de uma vida digna de direitos humanos essenciais para se viver com saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. S. S.; MORRONE, L. C.; RIBEIRO, K. B. Tendências na incidência e mortalidade por acidentes de trabalho no Brasil, 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 9, p. 1957-1964, set. 2014.

BARRETO, C. T. G.; CARDOSO, A. M.; COIMBRA JR, C. E. A. Estado nutricional de crianças indígenas Guarani nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 3, p. 657-662, mar. 2014.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Tekoha: Direitos dos Povos Guarani e Kaiowá: Visita do Consea ao Mato Grosso do Sul**. Brasília: Presidência da República, 2017e.

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. 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. Brasília: Presidência da República, 1999a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA. População Indígena do Mato Grosso Do Sul**. 2018. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/08/Anexo-1659355-dseims.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas: relatório final (análise dos dados)**. Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM Nº 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União* 2013a; 9 jul.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores e dados básicos – Brasil – 2012**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. (acesso em 9/Ago/2021).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Características gerais dos indígenas, resultados do universo**. Rio de Janeiro, 2012a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios, resultados do universo**. Rio de Janeiro, 2011.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). **Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil: dados 2019**. 2019. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2019/09/relatorio-violencia-contra-os-povos-indigenas-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2020.

DUARTE, M.G. *et al.* Estado nutricional de crianças do baixo Amazonas: concordância entre três critérios de classificação. **Journal Of Human Growth And Development**, [S.L.], v. 28, n. 2, p. 139, 26 jun. 2018. Faculdade de Filosofia e Ciências.

FÁVARO, T. R.; FERREIRA, A. A.; CUNHA, G. M.; COIMBRA JR, C. E. A. Excesso de peso em crianças indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 3, p. 1-14, 2019.

FÁVARO, T. *et al.* Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 23, p. 785-793, abr. 2007.

FERNANDES, T.O. *et al.* A Saúde na Reserva Indígena de Dourados: histórico, lutas e (re)existências. In: MOTA, J.G.B.; CAVALCANTE, T.L.V. (org.). **Reserva Indígena de Dourados: histórias e desafios contemporâneos**. São Leopoldo: Karywa, 2019. *Ebook*. DOI: 10.1017/CBO9781107415324.004. Disponível em: <https://editorakarywa.files.wordpress.com/2018/12/RID-Hist%C3%B3rias-e-Desafos-Contempor%C3%A2neos.pdf>.

FRANCESCHINI, T. O Direito Humano à Alimentação Adequada e à Nutrição do povo Guarani e Kaiowá: um enfoque holístico – Resumo Executivo. Thaís Franceschini – Brasília: FIAN Brasil, 2016. 87 p.

JORGE, S. A. C. **Insegurança alimentar entre famílias indígenas de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil**. 2014. 67 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde (mestrado) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, 2014.

KIM, H. J.; FAY, M. P.; FEUER, E. J.; MIDTHUNE, D. N. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. **Statistics In Medicine**, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 335-351, 15 fev. 2000.

KÜHL, A.M.; CORSO, A.C.T., LEITE, M.S.; BASTOS J.L. Perfil nutricional e fatores associados à ocorrência de desnutrição entre crianças indígenas Kaingáng da Terra Indígena de Mangueirinha, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2009;25(2):409-20.

OLIVEIRA, V. A.; ASSIS, A. M. O.; PINHEIRO, S. M. C.; BARRETO, M. L. Determinantes dos déficits ponderal e de crescimento linear de crianças menores de dois anos. **Rev. Saúde Pública**, [s. l], v. 5, n. 40, p. 874-882, out. 2006.

PANTOJA, L. N.; ORELLANA, J. D. Y.; LEITE, M. S.; BASTA, P. C. Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN-I) e prevalência de desvios nutricionais em crianças Yanomami menores de 60 meses, Amazônia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 53-63, mar. 2014.

PEREIRA, J. F.; OLIVEIRA, M. A. A.; OLIVEIRA, J. S. Anemia em crianças indígenas da etnia Karapotó. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 4, n. 12, p. 375-382, dez./out. 2012.

SEGALL-CORRÊA, A.M. *et al.* The Brazilian food security scale for indigenous Guarani households: Development and validation. **Food Security**. v. 10, n. 6, p. 1547-1559, 2018.

SOUZA, K. L. P. C. R.; ALVES, C. A. D. Diagnóstico nutricional de crianças e adultos indígenas atendidos pela rede pública de saúde no Brasil: um estudo exploratório. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 12, especial, p. 433-440, dez. 2013.

VERDUM, R. Mapa da fome entre os povos indígenas: uma contribuição à formulação de políticas de segurança alimentar no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 1, n. 9, p. 129-162, mar. 2003.

WHO Anthro and WHO Anthro Plus: Multicentre Growth Reference Study Group [computer program]. Version 3.2.2. Geneva: Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development, 2011.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. M. S.; MORAIS, M. B.; FAGUNDES-NETO, U. Estado nutricional e teste do hidrogênio no ar expirado com lactose e lactulose em crianças indígenas terenas. **Jornal de Pediatria**, [S.L.], v. 78, n. 2, p. 113-119, abr. 2002.

ARAÚJO, C. L. Avaliação nutricional de crianças. In: KAC, Gilberto; GIGANTE, Denise Petrucci; SICHIERY, Rosely (org.). **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu, 2007. p. 580. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 30 ago. 2021.

ARRUDA, B. K. G.; ARRUDA, I. K. G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 3, p. 319-326, jul./set. 2007.

BALCHIUNAS, R.E.; SARDINHA, L.M.V.; GALANTE, A.P. Crianças de Zero a Dez Anos. In: ROSSI, L.; CARUSO, L.; GALANTE, A.P. **Avaliação nutricional: novas perspectivas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p. 1-810.

BARRETO, C. T. G.; CARDOSO, A. M.; COIMBRA JR, C. E. A. Estado nutricional de crianças indígenas Guarani nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 3, p. 657-662, mar. 2014.

BARROS, D.C.; FELIPE, G.C.; SILVA, J.P. Antropometria. In: BARROS, D.C.; SILVA, D.O.; GUGELMIN, S.A. (org.). **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena: volume 2**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 254. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/c9fjf/epub/barros-9788575415894.epub>. Acesso em: 30 ago. 2021.

Batista-Filho, M. **SISVAN: breve história, grandes perspectivas**. In: Boletim SISVAN nº 02. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, Ministério da Saúde. Fev. 2006.

BATISTA-FILHO, M.; RISSIN, A. Vigilância Alimentar e Nutricional: Antecedentes, Objetivos e Modalidades: a van no brasil. **Cad. Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 9, p. 99-105, 1993.

BHUTTA, A. Z. *et al.* What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. **The Lancet**, [s. l], v. 371, n. 2, p. 417-440, fev. 2008.

BORGES, C.P.G. **Análise nutricional das cestas básicas de alimentos dos indígenas Guarani e Kaiowá no Mato Grosso do Sul**. Trabalho de Conclusão de Residência. Residência Multiprofissional em Saúde. UFGD, Dourados, 2019.

BRAGA, J. A. P.; VITALLE, M. S. S. Deficiência de ferro na criança. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, [S.L.], v. 32, p. 38-44, jun. 2010.

BRAND, A.J. **O confinamento e o seu impacto sobre os Pai-Kaiowá**. 1993. Dissertação (Mestrado em História) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1993.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Tekoha: Direitos dos Povos Guarani e Kaiowá: Visita do Consea ao Mato Grosso do Sul**. Brasília: Presidência da República, 2017e.

BRASIL. **Decreto nº 23, 4 De fevereiro de 1991**. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. Brasília: Presidência da República, 1991b.

BRASIL. **Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Brasília, DF: Presidência da República, 2010b.

BRASIL. **Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional – Brasil 2006**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. **Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2004.

BRASIL. **Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010**. Altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e 8.029, de 12 de abril de 1990, que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal; revoga dispositivos da Lei no 10.678, de 23 de maio de 2003; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2010a.

BRASIL. **Lei nº 5.371, de 5 de dezembro de 1967**. Autoriza a instituição da "Fundação Nacional do Índio" e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1967.

BRASIL. **Lei nº 5.829, de 30 de novembro de 1972**. Cria o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1972.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990b.

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. 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. Brasília: Presidência da República, 1999a.

BRASIL. **Medida Provisória nº 1.576, de 5 de junho de 1997**. Dispõe sobre a extinção dos órgãos que menciona e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1997.

BRASIL. **Medida provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019**. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Brasília: Presidência da República, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA ECONOMIA. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018: Análise da segurança alimentar no Brasil**. Rio de Janeiro, 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 344, de 13 de dezembro de 2002**. Regulamento Técnico para a Fortificação das Farinhas de Trigo e das Farinhas de Milho com Ferro e Ácido Fólico. *Diário Oficial da União* 2002b; 13 dez.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA. **População Indígena do Mato Grosso Do Sul**. 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/08/Anexo-1659355-dsei-ms.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas: relatório final (análise dos dados)**. Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Saúde, 2009a.

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.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM Nº 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União* 2013a; 9 jul.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS/GM nº 729, de 13 de maio de 2005**. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 92, 16 maio 2005a*.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015*.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990**. Fica instituído, no Ministério da Saúde, o SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.397, de 7 de junho de 2017**. Dispõe sobre a Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância Estratégia AIDPI e sua implementação e execução no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). *Diário Oficial da União* 2017c; 7 jun.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores e dados básicos – Brasil – 2012**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. (acesso em 9/Ago/2021).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Manual Operacional Para Uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Sisvan – Versão 3.0**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Normalização. Atenção hospitalar. **Caderno HumanizaSUS: Atenção Hospitalar**. 1ª ed., v.3; 1ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013e.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul. **COVID 19: plano de contingência DSEI-MS**. 1º ed, versão eletrônica. Campo Grande, 2020. Disponível em: https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/Plano_0015513692_Plano_de_contingencia_DSEI_MS.pdf. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sobre a área**. 2017a. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/artigos/676-assuntos/saude-indigena/41324-sobre-a-area>. Acesso em: 5 out. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sobre a SESAI**. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-sesai>. Acesso em: 7 fev. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO. **Fórum Nacional para Elaboração da Política Nacional de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Sustentável dos Povos Indígenas no Brasil**. Sobradinho-DF: MDA, 2003.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar – 2004**. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar – 2013**. Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Características gerais dos indígenas, resultados do universo**. Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios, resultados do universo**. Rio de Janeiro, 2011a.

BRASIL. **Portaria nº. 710, de 10 de junho**. Aprovar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Presidência da República, 1999b.

BRASIL. **Resolução nº 011, de 31 de outubro de 1991**. Institui e normatiza o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Alimentação e Nutrição, Saneamento e Meio Ambiente, Recursos Humanos para a Saúde, Ciência e Tecnologia em Saúde, Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, Saúde do Trabalhador, Saúde do Índio. Brasília: Ministério da Saúde, 1991a.

BRASIL. **Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRITO, C. A. G. Convívio e contaminação: uma análise sócio-histórica sobre epidemias, demografia e povos indígenas na obra de Darcy Ribeiro. In: SANTOS, R.V. et al (org.). *Entre demografia e antropologia: povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. p. 203-2017

CALDAS, A. D. R.; SANTOS, R. V. Vigilância Alimentar e Nutricional para os povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 22, p. 545-565, abr. 2012.

CAPELLI, J. C. S.; KOIFMAN, S. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 433-437, 2001.

CARDOSO, A. M.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR, C. E. A. Políticas públicas em saúde para os povos indígenas. In: BARROS, D. C.; SILVA, D. O.; GUGELMIN, S. A. **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 11-257. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/fyyqb/epub/barros-9788575415870.epub>. Acesso em: 07 fev. 2021.

CARNEIRO DA CUNHA, M. **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras: Secretaria Municipal de Cultura: FAPESP, 1992. 656p.

CASTRO, I. R. R. A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a agenda de alimentação e nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 2, p. 1-4, 2019. FapUNIFESP (SciELO).

CAVALCANTE, T.L.V. Colonialidade e Colonialismo Interno: A Política de Criação de Reservas Indígenas no Sul de Mato Grosso do Sul e Algumas de suas Consequências Contemporâneas. In: MOTA, J.G.B.; CAVALCANTE, T.L.V. **Reserva Indígena de Dourados: histórias e desafios contemporâneos**. São Leopoldo: Karywa, 2019. *Ebook*. DOI: 10.1017/CBO9781107415324.004. Disponível em: <https://editorakarywa.files.wordpress.com/2018/12/RID-Hist%C3%B3rias-e-Desafos-Contempor%C3%A2neos.pdf>.

CAVALCANTE, T.L.V. **Colonialismo, território e territorialidade: a luta pela terra dos Guarani e Kaiowá em Mato Grosso do Sul**. 2013. 471 p. Tese (Doutorado em História) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, 2013.

COIMBRA JR, C. E. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I inquérito nacional de saúde e nutrição indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 855-859, abr. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Brasília, DF, 2018.

Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm.

Acesso em: 31 ago. 2021.

COSTA, D. C. Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 4, n. 3, p. 338-401, out/dez. 1987.

COUTINHO, J. G. *et al.* A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 4, n. 12, p. 688-699, out. 2009.

EBSERH. HU-UFGD. **Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados**, Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/nossa-historia>. Acesso em: 20 de setembro de 2020.

ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL, 18., 2019, Natal. **SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E COMUNIDADES INDÍGENAS: COMIDA E TERRITÓRIO**. Natal: Ufrn, 2019. 15 p.

FÁVARO, T. R.; FERREIRA, A.; CUNHA, G. M.; COIMBRA JR, C. E. A.. Excesso de peso em crianças indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 3, p. 1-14, 2019.

FÁVARO, T. *et al.* Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 23, p. 785-793, abr. 2007.

FÁVARO, T.R. **Perfil nutricional da população indígena Xokuru de Ororubá, Pernambuco, Brasil**. 2011. x,130 f. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

FERNANDES, T.O. *et al.* A Saúde na Reserva Indígena de Dourados: histórico, lutas e (re)existências. In: MOTA, J.G.B.; CAVALCANTE, T.L.V. (org.). **Reserva Indígena de Dourados: histórias e desafios contemporâneos**. São Leopoldo: Karywa, 2019. *Ebook*. DOI:

10.1017/CBO9781107415324.004. Disponível em:
<https://editorakarywa.files.wordpress.com/2018/12/RID-Hist%C3%B3rias-e-Desafos-Contempor%C3%A2neos.pdf>.

FREITAS, G. A.; SOUZA, M. C. C.; LIMA, R. C. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p. 1–12, 2016.

GALVÃO, P.P.O. **Estado nutricional, doenças crônicas e condição socioeconômica das famílias Khisedje que habitam o Parque Indígena do Xingu**. 2013. 81 f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

HOLANDA, M. A. **IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN WEB) NO MUNICÍPIO DE ARCOVERDE – PE**. 2011. 37 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

JAIME, P. C.; DELMUÈ, D. C. C; CAMPELLO, T.; SILVA, D. O.; SANTOS, L. M. P. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1829-1836, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO).

JORGE S. A. C. **Insegurança alimentar entre famílias indígenas de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil**. 2014. 67 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde (mestrado) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, 2014.

KÜHL A.M., CORSO A.C.T., LEITE M.S., BASTOS J.L. Perfil nutricional e fatores associados à ocorrência de desnutrição entre crianças indígenas Kaingáng da Terra Indígena de Mangueirinha, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2009;25(2):409-20.

LEITE, M. S. Nutrição e alimentação em saúde indígena: notas sobre a importância e a situação atual. In: GARNELO, L; PONTES, A. L. (org). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. 2º ed. Brasília: MEC-SECADI, 2012. 295p.

LEITE, M. S. **Transformação e Persistência: antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

LEITE, M. S.; SANTOS, R. V.; GUGELMIN, S. A.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 265-276, fev. 2006.

LEITE, M.S; SANTOS, R. V.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A; GUGELMIN, S. A. Alimentação e Nutrição dos Povos Indígenas no Brasil. In: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D.P. *Epidemiologia Nutricional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu, p. 503-517, 2007.

LOURENÇO, R. A Reserva Indígena de Dourados: O Derradeiro Esbulho do Patrimônio Indígena. In: MOTA, J. G. B.; CAVALCANTE, T. L. V. **Reserva Indígena de Dourados: histórias e desafios contemporâneos**. São Leopoldo: Karywa, 2019. *Ebook*. DOI: 10.1017/CBO9781107415324.004. Disponível em: <https://editorakarywa.files.wordpress.com/2018/12/RID-Hist%C3%B3rias-e-Desafos-Contempor%C3%A2neos.pdf>.

MACHADO, M.L. **A implementação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional no contexto dos municípios brasileiros: uma pesquisa avaliativa com enfoque no ciclo das políticas públicas**. 2020. 216 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

MARTINS, A. L. **Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do subsistema de atenção à saúde indígena**. 2013. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Modalidade Profissional em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

MARTINS, S. J.; MENEZES, R. C. Evolução do estado nutricional de menores de 5 anos em aldeias indígenas da tribo Parakanã, na Amazônia Oriental Brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 1-8, 1994.

MEDEIROS, F.G. **Perfil nutricional das crianças indígenas menores de cinco anos do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões, estado do Amazonas, Brasil**. 2015. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

MONTE, C.M.G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. **Jornal de Pediatria**, [s. l.], v. 76, n. 3, p. 285-297, 2000.

MORAIS, M. B.; FAGUNDES NETO, U.; MATTOS, A. P.; BARUZZI, R. G. Estado nutricional de crianças índias do Alto Xingu em 1980 e 1992 e evolução pondero-estatural entre o primeiro e o quarto anos de vida. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 19, p. 543-550, mar./abr. 2003.

OLIVEIRA, J.P. **Da concepção a aprovação: a trajetória da política nacional de atenção integral à saúde da criança**. 2015. 90 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

ORELLANA, J.D.Y.; COIMBRA JR, C.E.A.; LOURENÇO, A.E.P.; SANTOS, R.V. Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. **Jornal de Pediatria**, [S.L.], v. 82, n. 5, p. 383-388, out. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manejo da desnutrição grave: Um manual para profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros, nutricionistas, e outros) e suas equipes de auxiliares**. Tradução para o português por iniciativa do Escritório de Representação da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil/Programa de Promoção e Proteção à Saúde/Nutrição. Brasília, 1999. Genebra: OMS, 1999.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Curso de capacitación sobre la evaluación del crecimiento del Niño**: versión 1. Ginebra: OMS, 2006.

PEREIRA, J. F.; OLIVEIRA, M. A. A.; OLIVEIRA, J. S. Anemia em crianças indígenas da etnia Karapotó. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 4, n. 12, p. 375-382, dez./out. 2012.

PÍCOLI, R. P.; CARANDINA, L.; RIBAS, D. L. B. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 223-227, jan. 2006.

RIBAS, D. L. B.; SGANZERLA, A.; PHILIPPI, S. T.; ZORZATTO, J. R. Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Terena, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 17, p. 323-331, mar./abr. 2001.

ROLIM, M. D. **Avaliação do SISVAN como instrumento de informação para o desenvolvimento de ações e serviços de alimentação e nutrição dos municípios de Minas Gerais**. 2013. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências na Área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

ROMEIRO, A. A. F. **Avaliação da Implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, no Brasil**. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

SALGADO, C. A. B. Segurança alimentar e nutricional em terras indígenas. **Revista de Estudos e Pesquisas (Funai)**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 131-186, jul. 2007.

SANTANA, L. A. A.; SANTOS, S. M. C. dos. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na implementação do programa Leite é Saúde: avaliação em municípios baianos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 3, n. 17, p. 283-290, jul./set. 2004.

SEGALL-CORRÊA, A.M. *et al.* The Brazilian food security scale for indigenous Guarani households: Development and validation. **Food Security**. v. 10, n. 6, p. 1547-1559, 2018.

SOARES, L.P. **Perfil nutricional e alterações metabólicas na população adulta Xavante das reservas indígenas de São Marcos e Sangradouro MT**. 2015. Tese (Doutorado em

Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

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

SOUZA, Oswaldo Braga de. **Com pior desempenho em demarcações desde 1985, Temer tem quatro Terras Indígenas para homologar**. 2018. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/com-pior-desempenho-em-dema>

TOOGE, R. **Governo libera o registro de 42 agrotóxicos genéricos para uso dos agricultores**. 2020. G1 - São Paulo. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/agronegocios/noticia/2020/11/27/governo-libera-o-registro-de-42-agrotoxicos-para-uso-dos-agricultores.ghtml>. Acesso em: 18 jan. 2021.

UNICEF - United Nations Children's Fund, World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. **Levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2021 edition of the joint child malnutrition estimates**. New York: United Nations Children's Fund; 2021.

VARGAS, L.C. *et al.* Segurança Alimentar e Nutricional entre os Guaranis Mbyá da Aldeia Boa Esperança, Aracruz, Espírito Santo, Brasil. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, São Paulo, v. 1, n. 5, p. 5-12, jan-jun. 2013.

VASCONCELOS, F. A. G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 4, n. 18, p. 439-457, jul./ago. 2005.

VASCONCELOS, F. A. G.; MACHADO, M. L.; MEDEIROS, M. A. T.; NEVES, J. A.; RECINE, E.; PASQUIM, E. M. Public policies of food and nutrition in Brazil: from lula to temer. **Revista de Nutrição**, [S.L.], v. 32, p. 1-13, 2019. FapUNIFESP (SciELO).

VERDUM, R. Mapa da fome entre os povos indígenas: uma contribuição à formulação de políticas de segurança alimentar no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 1, n. 9, p. 129-162, mar. 2003.

VICENTE, R.M. **Saúde, trabalho e qualidade de vida entre os profissionais da saúde indígena do polo base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil**. 2021. 138 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde (mestrado) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, 2021.

WEISS, M. C. Contato interétnico, perfil saúde-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. **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programme of Nutrition. (1998). **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge**. Geneva: WHO. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry** (Who technical report series, 854). Geneva, 1995.

World Health Organization. **Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control – a guide for programme managers** Geneva: WHO. 2001.

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO CEP/CONEP

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SOBERANIA E (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL ENTRE OS POVOS GUARANI, KAIOWÁ E TERENÁ, SAÚDE E TRABALHO ENTRE OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE INDÍGENA NO MATO GROSSO DO SUL

Pesquisador: Verônica Gronau Luz

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 4

CAAE: 15591019.0.0000.5160

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.668.181

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa", arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1358605.pdf" de 17/10/2019.

INTRODUÇÃO

A Lei orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) define Segurança Alimentar e Nutricional como: o direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2006). A não realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável (DHAA) é conhecida entre as etnias brasileiras e ser índio é um fator de risco para a fome e a insegurança alimentar. Em 2009, no I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, 92,3% dos investigados relataram falta de alimentos em alguma época do ano em todo o país (BRASIL, 2009). O estado de Mato Grosso do Sul (MS) é o segundo estado brasileiro com maior número de população indígena. No censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existiam 77.025 de indígenas no estado, pertencentes a oito etnias diferentes, dentre elas: Guarani Nandeva, Guarani Kaiowá e Terena.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.668.181

Essas três etnias correspondem a 96,0% da população indígena de todo o estado (BRASIL, 2012). Dentro do estado existe a Reserva Indígena de Dourados (RID), que tem seus limites geográficos junto aos limites do perímetro urbano do município, está localizada ao norte da cidade e é dividida em duas aldeias denominadas Bororó e Jaguapirú, com uma área total de 3.539 hectares. Em 2014, a população da RID ultrapassou 15 mil indígenas. Portanto, há um grande quantitativo populacional delimitado em um espaço de terra demarcado, de forma a contrariar características peculiares ao modo de vida tradicional indígena (SANTANA-JUNIOR, 2010; SIASI/SESAI;2014), e tendo como característica o confinamento dos povos indígenas ali presentes (BRASIL, 2017). Além disso, outros aspectos como a escassez de recursos naturais, a situação de miséria eminente e diversas dificuldades enfrentadas para sobrevivência desses povos fizeram com que a RID fosse considerada pelo Governo Federal nos anos 90 como umas das áreas indígenas mais problemáticas do país, ao qual se somaram vários casos de suicídios, sendo muitos impulsionados pela perda da perspectiva de vida no interior da reserva (SANTANA-JUNIOR, 2010). Em 2017, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), realizou uma visita nas comunidades indígenas Guarani e Kaiowá do Cone Sul do estado de MS, com o objetivo de escutar as populações indígenas acerca das violações do DHAA e dos direitos territoriais. No município de Dourados, dentro da RID os problemas levantados pela comunidade em relação ao acesso de alimentos foram: pouco espaço para plantio de alimentos; quantidade insuficiente da cesta de alimentos para as famílias; fome entre as crianças e famílias em vulnerabilidade social que não tem acesso a cesta de alimentos (BRASIL, 2017). Em relatório elaborado por Borges (2016), em visita na RID, apontou que a população indígena vive em constantes situações de vulnerabilidade como: alcoolismo, uso de drogas, exploração sexual, violência doméstica e interfamiliar, privação material e insegurança alimentar. Ainda, destaca que existe uma enorme demanda no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS - Indígena) por informações, documentação civil, transferência de renda e benefícios eventuais (como cestas de alimentos e lonas). As consequências das violações dos DHAA, podem ser vistas nos indicadores nutricionais e de saúde, como evidenciado no estudo de Freitas, Souza e Lima (2016), realizado com mulheres adultas indígenas da RID que mostrou que 40,3% das indígenas estavam com sobrepeso e 30,9% com obesidade. Já o aumento da adiposidade abdominal, no qual é considerado um fator de risco muito alto para doenças cardiovasculares, esteve presente em 57,7% das mulheres, e a hipertensão arterial em 37,7% delas. As situações descritas acima apenas reforçam a necessidade de realizar uma avaliação com maior acurácia e especificidade com os indígenas moradores da RID. A fome e a insegurança alimentar são avaliadas de diversas maneiras na população brasileira e no mundo.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.668.181

Atualmente, no Brasil o método que tem sido mais utilizado é a medida domiciliar de segurança e insegurança alimentar e nutricional, por meio da Escala Brasileira de Segurança e Insegurança Alimentar e Nutricional Domiciliar (EBIA). Trata-se de uma escala psicométrica traduzida e adaptada Dos Estados Unidos, com 14 perguntas de resposta sim ou não que diagnostica a segurança ou insegurança alimentar leve, moderada ou grave. A EBIA foi validada em 2003 (SEGALL-CORRÊA et al., 2003) e passou a ser incorporada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2004, 2009 e 2013, possibilitando avaliar o desenvolvimento da insegurança alimentar no Brasil. Entretanto EBIA é validada para ser utilizada em população rural ou urbana, mas não é aplicada e compreendida entre os povos indígenas. Para sanar e suprir essa lacuna, em 2018 foi validada a EBIA-Indígena (SEGALL-CORRÊA et al., 2018), trabalhada e adaptada durante anos até ficar em uma versão mais simplificada e mais clara para esses povos. Será a EBIA-Indígena que será utilizada nesta pesquisa. Além de questões relacionadas a saúde e segurança alimentar nos domicílios da reserva, vale uma análise acerca da saúde, qualidade de vida e trabalho dos profissionais que trabalham com esses povos, na atenção básica, especificamente na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). A SESAI é o órgão responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e toda a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2019). A SESAI foi criada em outubro de 2010, conforme a necessidade de reformulação da saúde indígena no Brasil por meio de reivindicações dos próprios indígenas nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena (BRASIL, 2018b). Para realizar as ações de saúde, a SESAI possui em sua estruturação 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que são unidades gestoras descentralizadas do Subsistema, responsável pelas ações de atenção à saúde, saneamento ambiental e edificações de saúde indígena nas aldeias. Os DSEIs são divididos conforme o território, com base na ocupação geográfica das populações indígenas e abrangem alguns municípios e as vezes mais de um estado (BRASIL, 2018b). No Mato Grosso do Sul existe apenas 1 DSEI, denominado DSEI MS que fica localizado em Campo Grande, a capital do estado, e abrange uma área que compreende desde a região metropolitana da cidade até a fronteira com a Bolívia. O DSEI MS possui uma população geral de 83.434 indígenas, divididos em oito etnias diferentes e distribuídos em 99 aldeias e 15 Polos Base (BRASIL, 2018a). Os polos são a primeira referência para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que atuam nas aldeias e cada Polo Base cobre um conjunto de aldeias. Em Dourados existe um Polo Base que presta serviço aos municípios de Dourados, Douradina, Rio Brilhante, Maracaju, Lagoa Rica e também a mais 13 áreas cobertas pela equipe volante, dentre elas a aldeia Panambizinho e acampamentos de retomada. No

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.668.181

Polo Base de Dourados há profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, auxiliares de saúde bucal, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, de serviços gerais, Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) e Agentes Indígenas de Saúde (AIS) (BRASIL, 2018a). A incorporação do AIS na equipe de saúde da SESAI faz parte do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas do Brasil, criada pela Lei Arouca em 1999 que define o subsistema de saúde indígena, e supre a demanda de disponibilidade de empregos assalariados para pessoas da comunidade, no qual o profissional indígena é membro das equipes que realizam os cuidados da atenção primária nas aldeias. A função do AIS é considerada como referência, sendo essencial ao princípio da atenção diferenciada, que contempla a oferta de serviços de saúde sensíveis à diversidade cultural e ao pluralismo, de modo a efetivar o direito da comunidade de participar, de forma individual ou coletiva, no planejamento, execução e avaliação dos serviços de saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978; BRASIL, 1998; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2005). A Portaria nº 840/2007 especifica um modelo de Rede de Atenção à Saúde do Índio preconizando as recomendações do Ministério da Saúde sobre a atenção básica, e determina para os AIS a responsabilidade de diversas atividades no território, tais como: apoio à Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena responsável pela sua área de atuação; acompanhamento de vacinação, do desenvolvimento infantil e de gestantes; identificação dos casos de suspeita de doenças mais prevalentes; acompanhamento, na aldeia, dos pacientes crônicos, inclusive os que estiverem em tratamento de longa duração; ações de educação em saúde, educação ambiental e de comunicação (BRASIL, 2007). Assim como os AIS, os demais profissionais de saúde possuem muitas atribuições. Na literatura são escassos os estudos que relacionam o efeito das condições de trabalho na qualidade de vida dos trabalhadores indígenas de saúde, tanto AIS como outros profissionais com formação técnica ou superior que atuem na área, mas existem publicações sobre a saúde do profissional de saúde de maneira geral e do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Diversos estudos descrevem que a saúde não é independente das relações laborais e que, mesmo o trabalho sendo fundamental para a construção da subjetividade individual e de suas vivências, as condições a que os trabalhadores são expostos e como eles executam tais funções pode ocasionar sofrimento e adoecimento (OLIVEIRA, 2001; BORSOI, 2007; SILVA, DIAS, 2012). Geralmente, o profissional de saúde é visto como a pessoa responsável por promover o bem-estar para o outro, e muitas vezes não é lembrado que este trabalhador também está sujeito à riscos de adoecimento. Os trabalhadores de saúde enfrentam situações estressantes ou de conflito decorrentes da relação com o serviço e com o paciente, o que gera um comprometimento da qualidade de vida e carreira, sendo que as condições de

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.668.181

trabalho também podem influenciar os níveis de saúde destes trabalhadores (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2007). Portanto, as especificidades relacionadas ao trabalho dos ACS são decisivas para a manutenção de condições adequadas laborais, já que não se resumem somente a efetivação do trabalho em si, mas também a tudo o que o envolve, exercendo impacto direto sobre a saúde, qualidade de vida, satisfação e vínculo com o trabalho, além do rendimento pessoal e das doenças ocupacionais (SILVA; DIAS, 2012).

HIPÓTESE

Conforme as condições de vida e saúde da Reserva Indígena de Dourados, a hipótese do estudo é encontrar insegurança alimentar nos domicílios avaliados, inclusive em nível grave, com maior prevalência na aldeia Bororó devido as piores condições socioeconômicas da população dessa área, assim como qualidade de vida, saúde e trabalho dos profissionais comprometida associada a diversos problemas enfrentados no ambiente laboral, especialmente entre os agentes indígenas de saúde e saneamento, por serem moradores da comunidade e exercerem funções desgastantes, além dos usuários do serviços procurarem tais profissionais para resolver demandas fora do horário de trabalho.

METODOLOGIA

1. Desenho e população de estudos. Trata-se de uma pesquisa transversal de natureza qualitativa e quantitativa com povos indígenas das etnias Guarani Nandeva, Guarani Kaiowá e Teréna, moradores das aldeias Bororó e Jaguapirú na Reserva Indígena de Dourados (RID) – MS. Serão entrevistadas as mulheres maiores de 13 anos de idade de cada domicílio sorteado, podendo ser abordado o homem ou outra pessoa que se considerar o chefe da família, na ausência da mulher. A entrevista no domicílio será feita por entrevistadores treinados, sempre acompanhados dos AIS, que são falantes da língua materna. Dessa forma, caso haja dúvidas e/ou não compreensão do participante, os agentes farão a tradução imediata para a língua. Serão entrevistados também os profissionais de saúde que trabalham na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), no Polo Base de Dourados, sendo estes indígenas ou não: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, AISs, odontólogos, auxiliares de saúde bucal, nutricionistas, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogos e AISANs. As entrevistas também serão feitas por pesquisadores treinados. 2. Amostra e coleta de dados. A etapa quantitativa da pesquisa será a realização de inquéritos de base populacional em amostras aleatórias de domicílios situados na RID. O cálculo amostral considerou o número total de famílias das duas aldeias (3.131 famílias, sendo 1709

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.668.181

famílias na Jaguapirú e 1422 famílias na Bororó), erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 90%, e prevalência estimada de insegurança alimentar de 50% (ou seja, pior situação), totalizando uma amostra de 384 famílias. A este número foi adicionado uma perda estimada de 15%, chegando ao número aproximado de 442 domicílios a serem sorteados na RID. O número amostral pode sofrer alguma alteração considerando as especificidades do campo e a proporcionalidade das etnias investigadas. Em relação aos profissionais de saúde, todos aqueles que trabalham nas aldeias Bororó e Jaguapirú e na equipe volante serão incluídos na amostra, totalizando aproximadamente 169 profissionais. As entrevistas serão realizadas entre fevereiro e julho de 2020 e ocorrerão nos domicílios sorteados, com as mães e/ou chefes de família; e com os profissionais de saúde no Polo Base de Dourados ou nos próprios locais de trabalho (postos de saúde indígena dentro das aldeias Bororó e Jaguapirú), sendo dois postos em cada aldeia. Com os profissionais de saúde do Polo Base serão buscadas as informações sociodemográficas, sobre condições de saúde, eventos e agravos mais frequentes, atividade física, situação do trabalho, qualidade de vida, além de alcances e limitações para a assistência por meio de um questionário semiestruturado desenvolvido especificamente para esta finalidade. O questionário do inquérito nos domicílios indígenas será composto por questão que investigam: saúde; nutrição; segurança alimentar e nutricional domiciliar, medida pela EBIA-Indígena; acesso a políticas públicas de saúde, educação e assistência social; acesso a programas de assistência social e alimentar; ajuda externa, assistência técnica; e estratégias familiares usadas para obtenção de recursos alimentares; características socioeconômicas e demográficas da família, ampliada ou não, entre outros. A EBIA-Indígena, que será utilizada nessa pesquisa, foi desenvolvida e validada por Segall-Correa et al (2018). 3. Ética na pesquisa. O projeto será submetido à aprovação das lideranças indígenas das aldeias Bororó e Jaguapirú, do Conselho Local de Saúde Indígena e do CONDISI. Posteriormente, o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal da Grande Dourados (CEP-UFGD) e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Após aprovação do CONEP, o projeto será também submetido ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul (DSEI-MS) e a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para a permissão da entrada em terra indígena

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos na amostra todos os indígenas da aldeia Bororó e Jaguapirú que forem sorteados e que aceitarem participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Considerando as características indígenas em relação a idade materna precoce, nesse estudo

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.668.181

optou-se por não excluir as mães indígenas menores de 18 anos, para não haver grande perda amostral. Assim, todas as mães menores de 18 anos (a partir dos 13 anos) que aceitarem participar da pesquisa assinarão o Termo de Assentimento, que também será assinado pelo responsável maior de idade. Todas as crianças menores de cinco anos que estiverem presentes no domicílio e cuja mãe e ou responsável permitirem, serão pesadas e medidas seu comprimento/altura. Assim, não conhecemos previamente o número de crianças na amostra que serão avaliadas. Serão também incluídos na amostra profissionais da saúde que sejam contratados da SESAI ou pelo município (no caso de alguns AISs) e que trabalhem no Polo Base de Dourados, nos postos de saúde nas aldeias Bororó e Jaguapirú e na equipe volante, tais como: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, auxiliares de saúde bucal, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, AISs e AISANs. Dentre os profissionais de saúde, participarão também os que assinarem o TCLE.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídas da amostra os participantes que não assinarem o TCLE; indígenas de outras etnias que não as investigadas neste estudo; moradores não indígenas da RID; e os funcionários do Polo Base de Dourados que estão alocados na Casa de Apoio a Saúde Indígena (CASAI), por não prestarem atendimento direto no território.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Este projeto tem dois grandes objetivos gerais: 1. Medir a prevalência de insegurança alimentar e nutricional entre os Guarani Nandeva, Guarani Kaiowá e Terena na Reserva Indígena de Dourados-MS visando a obtenção do diagnóstico da situação de soberania e segurança e insegurança alimentar e nutricional; 2. Avaliar a saúde, qualidade de vida e trabalho dos profissionais da saúde indígena do Polo Base de Dourados.

OBJETIVO SECUNDÁRIO

1. Descrever o grau de soberania e autonomia alimentar dos povos indígenas incluídos no estudo;
2. Estimar a prevalência de segurança alimentar e graus de insegurança alimentar em povos indígenas Guarani Nandeva, Guarani Kaiowá e Terena de Dourados-MS;
3. Investigar, para cada povo, os determinantes da soberania e segurança alimentar;
4. Analisar as consequências da insegurança alimentar, segundo seus graus;

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.668.181

5. Verificar o estado nutricional e o risco para o baixo peso ou sobrepeso/obesidade entre crianças menos de cinco anos das três etnias;
6. Avaliar o grau e diferenças de acesso desses povos aos serviços de saúde, educação e outras políticas públicas;
7. Realizar caracterização sociodemográfica dos trabalhadores de saúde do Polo Base de Dourados;
8. Analisar o nível de atividade física dos profissionais de saúde indígena;
9. Investigar o histórico de saúde doença e as percepções sobre saúde pelos trabalhadores;
10. Descrever as condições laborais e relações de trabalho dos funcionários;
11. Identificar o perfil antropométrico dos trabalhadores de saúde;
12. Verificar as características de domínio físico, psicológico, de relações sociais, meio ambiente e a auto avaliação da qualidade de vida dos profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Está previsto risco de constrangimento diante de algumas perguntas, que poderão ser autopreenchidas ou realizadas em local isolado com a presença somente do entrevistado e do entrevistador, para minimizar os efeitos de tal situação. Além disso, contamos com um profissional psicólogo na equipe, caso seja necessário. Também poderá ocorrer queda do equipamento (balança ou estadiômetro) durante a realização das medidas antropométricas de peso e altura, do adulto (ou mãe adolescente), idoso e das crianças. Portanto, será realizado cuidado adicional para prevenção de qualquer tipo de acidente durante a entrevista. Caso qualquer problema de saúde aconteça durante a entrevista, a equipe acompanhará o entrevistado ao local de saúde mais próximo e, se preciso for, encaminhado para outros locais de saúde sem que o entrevistado tenha qualquer custo com isso.

BENEFÍCIOS

Espera-se com esta pesquisa que possa haver maior conhecimento e diagnóstico real da situação de soberania e segurança alimentar na Reserva Indígena de Dourados para que, futuramente, políticas públicas e projetos permanentes possam ser implantados nas aldeias a fim de modificar essa realidade, bem como para os profissionais de saúde que, por meio do conhecimento de sua saúde e qualidade de vida possam almejar maior reconhecimento e valorização do trabalho. Esta pesquisa também servirá de subsídio para a construção e execução concreta do Plano Municipal de

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.668.181

Segurança Alimentar e Nutricional, que atualmente encontra-se em construção pelo Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEA) e pela Câmara Intersectorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa objetiva medir a prevalência da insegurança alimentar e nutricional entre os Guarani Ñandeva, Guarani Kaiowá e Terena na Reserva Indígena de Dourados-MS e avaliar a saúde, qualidade de vida e trabalho dos profissionais da saúde indígena do Polo Base de Dourados.

Será aplicada a EBIA-Indígena para medir a segurança alimentar e nutricional e realização de perguntas relacionadas a saúde, produção e acesso a alimentos, além das medidas antropométricas (peso, altura e circunferência da cintura) da entrevistada indígena - mulher maior de 13 anos ou outra pessoa que se considerar chefe da família, na ausência da indígena - e das crianças menores de 5 anos (peso e comprimento/estatura) residentes no domicílio. Para os profissionais de saúde será aplicado questionário para avaliar a saúde no trabalho, qualidade de vida, atividade física e medidas antropométricas de peso, altura e circunferência da cintura.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de análise de respostas ao parecer pendente nº 3.609.929 emitido pela Conep em 01/10/2019:

1. Quanto ao registro de consentimento livre e esclarecido, arquivo "TCLE_sujeito_indigena.pdf", postado na Plataforma Brasil em 07/06/2019, na página 1 de 2 do documento, lê-se: "Além das perguntas, vamos pesar a(o) senhor(a), medir sua altura e circunferência da sua cintura. Também se a(o) Sr(a) permitir vamos pesar e medir a altura das crianças menores de 5 anos da sua família.". Neste sentido, considerando a mãe indígena menor de idade, na ausência de alguém maior de idade, solicita-se esclarecer quem autorizará a realização da pesquisa com as crianças menores de 5 anos (Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 15).

RESPOSTA: Na Reserva Indígena de Dourados (RID), local da coleta de dados, é comum o

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.668.181

casamento entre indígenas menores de idade. A população indígena moradora da RID, entende que, a partir da menarca, a menina torna-se uma adulta e pode assumir as responsabilidades de uma mulher. Destacamos ainda que a adolescência é uma fase que não existe para a cultura dos povos Terena, Guarani e Kaiowá. Dessa forma, em alguns casos, a menina muda-se para o domicílio (parentela) dos pais do esposo. A entrevista com as mães menores de idade (13 a 17 anos), bem como a avaliação antropométrica de seus filhos, serão feitas mediante a autorização de um responsável. O Agente Indígena de Saúde (AIS), é constituído como uma liderança em sua micro área, dessa forma poderá responder por essa mãe, na ausência do responsável, caso ela permita. Ressaltamos que, nenhuma entrevista será realizada com menores de idade sem o consentimento e presença do responsável, e caso o domicílio não tenha esse indivíduo, o AIS poderá se responsabilizar. Caso seja necessário, a equipe de pesquisa pode acionar a liderança da comunidade, visto que, os mesmos tem o contato direto. Por fim, se não houver a possibilidade ou anuência do AIS em se responsabilizar, ou a liderança da comunidade, esta mãe menor de idade juntamente com seus filhos será excluída da amostra. Observação: Uma pequena mudança também foi incluída na página 1 de 2 do Termo de Assentimento, para esclarecer acerca do responsável ("...É importante deixar claro que seus filhos só serão pesados e medidos depois que você e um responsável pelas crianças permitirem. Esse responsável tem que ser maior de 18 anos de idade, pode ser qualquer pessoa que você considerar responsável pelas crianças, da família ou não (pode ser a(o) agente indígena de saúde, a liderança, ou outra pessoa que você considerar)".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Quanto ao registro de assentimento livre e esclarecido, arquivo

"TERMO_de_ASSENTIMENTO_menor18_anos.pdf", postado na Plataforma Brasil em 07/06/2019, solicita-se revisão integral do Termo de Assentimento, reescrevendo-o em LINGUAGEM CLARA E ACESSÍVEL para que os participantes menores de idade compreendam, em sua linguagem, a importância, os procedimentos e os objetivos da pesquisa Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 15).

RESPOSTA: Vale destacar que o termo de assentimento será entregue para as mães ou responsáveis indígenas de 13 a 17 anos. As crianças de zero a cinco anos, até por não saberem escrever, dependerão do consentimento de suas mães ou responsáveis, e na ausência destes, as crianças menores de cinco anos não serão avaliadas. Respondendo ao solicitado, todo o texto do termo de assentimento foi revisto e adequado para uma linguagem clara e acessível. A forma revisada encontra-se em anexo na Plataforma Brasil.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.668.181

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Em relação ao documento intitulado "Questionario_Trabalhadores_SESAI_CEP.pdf", postado na Plataforma Brasil em 08/06/2019, solicita-se esclarecer a necessidade de registrar o nome do participante da pesquisa e, caso necessário, adequação.

RESPOSTA: É importante registrar o nome do participante da pesquisa pelo fato de todos os profissionais da SESAI do Polo Base de Dourados estarem incluídos na amostra, e não apenas um cálculo amostral, até mesmo para identificar quem já foi entrevistado. Vale destacar que, trata-se de uma entrevista relativamente longa, e que após iniciada pode haver interrupção, pela própria demanda de trabalho do profissional ou algum imprevisto. Sem a identificação do profissional seria mais difícil dar continuidade à entrevista em outro momento. Ressaltamos que, independentemente da identificação no questionário, o sigilo das informações relatadas pelos profissionais serão cumpridas e haverá zelo com relação ao uso dos dados, sendo que somente os próprios pesquisadores terão acesso aos nomes presentes nos questionários, e que não haverá divulgação desses nomes em qualquer meio, cumprindo com as Resoluções da ética em pesquisa com seres humanos.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1358605.pdf	17/10/2019 16:21:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_de_ASSENTIMENTO_menor18_anos_CORRIGIDO_17_10_limpo.pdf	17/10/2019 16:21:00	Verônica Gronau Luz	Aceito

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.668.181

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_de_ASSENTIMENTO_menor18_anos_CORRIGIDO_17_10.pdf	17/10/2019 16:19:07	Verônica Gronau Luz	Aceito
Outros	Carta_resposta_ao_CONEP_14_10_19.pdf	14/10/2019 11:46:43	Verônica Gronau Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_de_ASSENTIMENTO_menor18_anos_CORRIGIDO.pdf	14/10/2019 11:45:46	Verônica Gronau Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_de_ASSENTIMENTO_menor18_anos_CORRIGIDO.docx	14/10/2019 11:45:11	Verônica Gronau Luz	Aceito
Outros	Resposta_parecer_CEP_ago_2019.doc	05/08/2019 09:47:44	Verônica Gronau Luz	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_com_CNPJ.pdf	05/08/2019 09:46:55	Verônica Gronau Luz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Demonstrativo_infraestrutura_CEP.pdf	13/06/2019 09:12:24	Verônica Gronau Luz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Compromisso_ResultadosPesquisa_CEP.pdf	12/06/2019 15:34:53	Verônica Gronau Luz	Aceito
Outros	Questionario_Trabalhadores_SESAI_CEP.pdf	08/06/2019 18:58:26	Verônica Gronau Luz	Aceito
Outros	Questionario_indigenas_CEP.pdf	08/06/2019 18:57:41	Verônica Gronau Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissional_SESAI.pdf	07/06/2019 15:53:48	Verônica Gronau Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_de_ASSENTIMENTO_menor18_anos.pdf	07/06/2019 15:53:23	Verônica Gronau Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_sujeito_indigena.pdf	07/06/2019 15:52:40	Verônica Gronau Luz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_RID_04_06_19.docx	05/06/2019 15:59:25	Verônica Gronau Luz	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	05/06/2019 15:58:57	Verônica Gronau Luz	Aceito
Parecer Anterior	ResolucaoCD130_propostas_projeto.pdf	05/06/2019 15:27:50	Verônica Gronau Luz	Aceito
Declaração de	Declaracao_compromisso_DSEI.pdf	05/06/2019	Verônica Gronau	Aceito

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.668.181

Pesquisadores	Declaracao_compromisso_DSEI.pdf	15:21:55	Luz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_compromisso_FUNAI.pdf	04/06/2019 17:57:38	Verônica Gronau Luz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Oficio_193_DSEI_MS_SESAI.pdf	04/06/2019 17:48:29	Verônica Gronau Luz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_responsabilidade_Coordenador.pdf	04/06/2019 17:29:57	Verônica Gronau Luz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_solicitacao_dados_DSEI.pdf	04/06/2019 17:27:05	Verônica Gronau Luz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_CONDISI.pdf	04/06/2019 17:15:31	Verônica Gronau Luz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Conselho_Local_de_Saude.pdf	04/06/2019 17:15:16	Verônica Gronau Luz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Liderancas_RID.pdf	04/06/2019 17:14:59	Verônica Gronau Luz	Aceito
Cronograma	Cronograma_ProjetoPesquisa.xlsx	04/06/2019 16:14:44	Verônica Gronau Luz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

BRASILIA, 29 de Outubro de 2019

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador(a))

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO USO DO DSEI-MS PARA USO DOS DADOS



Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Distrito Sanitário Especial Indígena - Mato Grosso do Sul

OFÍCIO Nº 1279/2020/MS/DSEI/SESAI/MS

Campo Grande, 03 de agosto de 2020.

À Senhora
VERÔNICA GRONAU LUZ
Professora da Faculdade de Ciências da Saúde - FCS
km 12 - Rodovia Dourados - Itahum
E-mail: veronicaluz@ufgd.edu.br

Assunto: Resposta ao Ofício nº 02/2020 - FCS/UGD 0014172512.

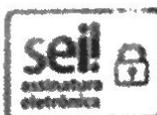
Prezada,

Em resposta ao Ofício nº 02/2020 - FCS/UGD (0014172512) que solicita a ampliação do período dos dados qualitativos de acompanhamento alimentar e nutricional das crianças menores de 05 anos e gestantes do Polo Base de Dourados/DSEI-MS, para utilização na pesquisa aprovada pelo CONEP (0014172586), SESAÍ e DSEI-MS, encaminhamos OFÍCIO Nº 620/2020/MS/DIASI/MS/DSEI/SESAI/MS 0016019873.

Quaisquer dúvidas, estamos à disposição.

Atenciosamente,

LUIZ ANTONIO DE OLIVEIRA JUNIOR
Substituto Eventual do Coordenador Distrital



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Antonio de Oliveira Junior, Coordenador(a) Distrital de Saúde Indígena, Substituto(a)**, em 04/08/2020, às 10:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0016039393** e o código CRC **6F64701C**.



Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Distrito Sanitário Especial Indígena - Mato Grosso do Sul
Divisão de Atenção à Saúde Indígena

OFÍCIO Nº 620/2020/MS/DIASI/MS/DSEI/SESAI/MS

Campo Grande, 31 de julho de 2020.

Ao Coordenador Distrital,

Assunto: Indicadores de saúde do Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) em menores de 05 anos e gestantes.

1. Em resposta ao Ofício nº 02/2020 - FCS/UFGD (0014172512) que solicita a ampliação do período dos dados qualitativos de acompanhamento alimentar e nutricional das crianças menores de 05 anos e gestantes do Polo Base de Dourados/DSEI-MS, para utilização na pesquisa aprovada pelo CONEP (0014172586), SESAÍ e DSEI-MS.
2. Considerando que inicialmente a proposta era a avaliação dos últimos cinco anos dos indicadores;
3. Considerando que o DSEI-MS foi o pioneiro na execução das ações do Programa de VAN, iniciado em 2002, com prioridade aos menores de 5 anos, com ênfase na promoção do acesso, manutenção e/ou recuperação da saúde das crianças indígenas, visando o aprimoramento das ações de atenção básica de saúde da criança orientado nos princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, PNAISC (Portaria nº 1.130, de 05, 08, de 2015);
4. Considerando que no ano de 2005, as ações de acompanhamento do estado nutricional foi ampliado às gestantes indígenas;
5. Considerando que a Portaria nº 984, de 06 de julho de 2006, instituiu o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (SISVAN-Indígena);
6. Considerando que as informações referentes ao acompanhamento do estado nutricional das crianças indígenas menores de 5 anos do Polo Base de Dourados foram inseridas em planilhas pré-elaboradas, tabuladas e enviadas para a área técnica de Alimentação e Nutrição do DSEI (consolidados), à época da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA);
7. Considerando que no período de 2002 a 2013, o indicador para a classificação do estado nutricional utilizado foi o Peso por Idade, do NCHS (*National Center for Health and Statistics*). A partir de 2014, mediante o Memorando Circular nº 001/2014 CGAPSI/DASI/SESAI, de 22 de janeiro de 2014, houve a adoção das Curvas da OMS para a classificação do estado nutricional de crianças menores de 05 anos por meio do indicador antropométrico Peso por Idade;
8. Considerando os indicadores de saúde em menores de 05 anos, há a disponibilidade dos seguintes indicadores:
 - Percentual de crianças menores de 5 anos com o estado nutricional acompanhado;
 - Percentual de Déficit Nutricional e demais classificações em crianças indígenas < 5 anos com estado nutricional acompanhado;

- Proporção de crianças menores de 6 meses com aleitamento materno exclusivo
9. Considerando que no segundo semestre do ano de 2005 (setembro), foi inserido o monitoramento e acompanhamento alimentar e nutricional em gestantes, tendo como ênfase:
- Percentual de gestantes com estado nutricional acompanhado.
 - Percentual de baixo peso em gestantes indígenas.
10. Considerando que a inserção dos dados de VAN no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), foi implantado em 06 de maio/2015 aos DSEI's, por meio da Nota técnica conjunta nº001/2015 entre CGAPSI/DASI/SESAI/MS e CGMASI/DGESI/SESAI/MS (memorando circular conjunto Nº 09-2015, SIPAR: 25.000-068178/15-73);
11. Considerando que no SIASI, sistema oficial da instituição, a inserção dos dados de acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de 5 anos e gestantes encontra-se em fase de implementação por todos os Polos Base deste Distrito;
12. Diante do exposto, informo que os indicadores do estado nutricional de crianças menores de cinco anos, do polo base de Dourados, disponíveis, iniciam em 2002 e os de gestantes em 2005.

Atenciosamente,

ELIETE DOMINGUES RIOS MAGGIONI
Chefe da DIASI/DSEI-MS



Documento assinado eletronicamente por **Eliete Domingues Rios Maggioni, Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena**, em 31/07/2020, às 16:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0016019873** e o código CRC **36816C08**.

Referência: Processo nº 25048.002145/2019-48

SEI nº 0016019873

Divisão de Atenção à Saúde Indígena - DIASI/MS
Rua Alexandre Fleming, nº 2.007 - Bairro Vila Bandeirantes, Campo Grande/MS, CEP 79006-570
Site - www.saude.gov.br