

II - Diagnóstico nutricional coletivo

7. Uso dos dados e informações para o planejamento de ações e intervenções

Denise Oliveira e Silva

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVA, D.O. Uso dos dados e informações para o planejamento de ações e intervenções. In: BARROS, D.C., SILVA, D.O., and GUGELMIN, S.Â., orgs. *Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 235-251. Vol. 2. ISBN: 978-85-7541-589-4. Available from: doi: [10.7476/9788575415894.0009](https://doi.org/10.7476/9788575415894.0009). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/c9fjf/epub/barros-9788575415894.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

7. Uso dos dados e informações para o planejamento de ações e intervenções

Denise Oliveira e Silva

Uma das grandes dificuldades para os profissionais é transformar as informações geradas pelo Sisvan em ação. A equipe responsável precisa saber como fazer para que os resultados do Sisvan sejam divulgados e possibilitem a retroalimentação do sistema.

A nossa contribuição como agentes formadores é para que sua atuação profissional junto à população seja responsável e efetiva. Você precisa compreender que o Sisvan é um sistema abrangente que incorpora informações de diversos setores, como agricultura, economia e saúde.

No Brasil, o seu desenvolvimento ocorreu prioritariamente no setor saúde, propiciando subsídios para outros setores. Atualmente, a experiência acumulada do Sisvan no setor saúde tem uma contribuição importante para a consolidação do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional no país, a partir da promulgação da Lei de Segurança Alimentar (LOSAN BRASIL, 2006).

O histórico do Sisvan e seus percursos na saúde indígena são discutidos no Capítulo 6, Parte II, volume 1, do livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, de Denise Cavalcante Barros, Denise Oliveira e Silva e Sílvia Ângela Gugelmin (2007).

Uma informação, quando gerada, deve ter como desfecho a sua divulgação, fechando um ciclo de comunicação. O uso das informações orienta as ações a serem desencadeadas. Portanto, é importante que a visão do Sisvan como apenas um banco de dados seja superada. Todos os mecanismos devem ser potencializados para que as informações geradas nesse sistema sejam usadas para desencadear ações e retroalimentar o sistema.

Todo o conjunto de informações que já foram produzidas deve estar sempre disponível. A equipe de profissionais responsável deve ter habilidade

para traduzir os resultados obtidos e divulgá-los com clareza, orientando a tomada de decisões. A divulgação das informações é um ponto-chave para o bom funcionamento do Sisvan, fortalecendo o processo de produção de dados e possibilitando reavaliação de ações.

O tema invisibilidade epidemiológica e demográfica dos povos indígenas brasileiros é discutido no Capítulo 2, Parte I do livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, volume 1, de Denise Cavalcante Barros, Denise Oliveira e Silva e Sílvia Ângela Gugelmin (2007).

O Sisvan pode então ser um instrumento para a superação da invisibilidade do perfil epidemiológico da população indígena brasileira. Mas como?

A equipe de gerenciamento do Sisvan deve, obrigatoriamente, auferir confiabilidade aos dados e às informações geradas. O primeiro passo é saber realizar uma boa interpretação dos resultados. Não é possível desenvolver e/ou apresentar uma proposta de ação de intervenção sem confiança nos resultados que temos em nossas mãos. Avaliar a qualidade dos dados gerados, organizá-los e trabalhar ao máximo as informações decorrentes são os procedimentos de preparação que proporcionarão credibilidade ao Sisvan junto aos gestores, usuários e à comunidade.

Diversas recomendações a respeito do tratamento e análise dos dados foram apresentadas no Capítulo 5, da Parte II deste livro, “Análise e interpretação dos dados”.

Antes de iniciar a discussão sobre a forma como serão usados os dados para o planejamento de ações, temos que exercitar a interpretar os resultados. Para isso é necessário realizar todas as etapas do processo de análise das informações, conforme discutido anteriormente.

Para refletir

Em seu serviço, de que modo é realizada a análise dos dados antropométricos de crianças? Identifique os pontos que se aproximam e aqueles que se distanciam das recomendações para a interpretação dos resultados, descritas no Capítulo 5, deste livro.

Na interpretação do perfil nutricional, é necessário ter o cuidado de avaliar as vantagens e limitações dos indicadores usados e o diagnóstico coletivo resultante. Esse perfil é como um retrato da situação nutricional da população que está sendo acompanhada por você e sua equipe, em sua área de atuação. Ele sozinho não representa um perfil populacional e não pode ser generalizado, devendo ser utilizado no âmbito da clientela assistida (serviço).

Os resultados do diagnóstico nutricional da coletividade devem ser cuidadosamente analisados com o intuito de responder aos objetivos previamente estabelecidos. As informações geradas vão representar o perfil nutricional da clientela assistida, nos DSEI, pólos-base e aldeias.

Nessa análise, precisamos saber:

- ◆ o que esse percentual significa? É um valor alto, baixo ou está dentro do esperado?
- ◆ essas informações têm consistência para o conjunto do universo estudado?
- ◆ o número de indivíduos avaliados foi adequado, ou o percentual de “casos sem informação” nutricional foi expressivo?

Podemos também ampliar o olhar e buscar entender:

- ◆ se houve uma tendência de variação de frequência ao longo do tempo, isto é, se nos meses anteriores o percentual foi semelhante ou não;
- ◆ se as informações dessa clientela são similares às encontradas no cenário nacional, evidenciadas nas pesquisas nutricionais;
- ◆ quais fatores poderiam estar influenciando no perfil nutricional dessa clientela.

Toda informação é importante! É preciso, no entanto, ter a clara dimensão do que elas expressam (as potencialidades) e perceber as respostas que não podem ser obtidas a partir de tais dados (as limitações). Assim não extrairemos conclusões inadequadas e distantes da realidade.

As informações devem ser descritas com o máximo de confiabilidade, visando tirar conclusões (hipóteses) com uma boa margem de acerto (probabilidade), em função dos dados (variáveis) coletados e dos grupos (toda a população ou segmentos) a que pertencem, para realizarmos interpretações fidedignas.

Acreditamos que ter clareza nas limitações impostas na construção dos indicadores é a forma mais prudente de superar alguns problemas de qualidade da informação. Com as informações devemos entender a realidade local, avaliar e rever o serviço prestado e o planejamento de ações. Esse é o salto de qualidade que podemos dar nos serviços oferecidos à população. Com os dados interpretados de forma correta, atingimos a confiabilidade para começar a iluminar as discussões para o planejamento de ações e informações.

Para refletir

- Você participou de algum diagnóstico nutricional coletivo?
 - De que forma ele foi realizado? O que foi feito com os resultados?
 - Que ações puderam ser geradas com base nesses resultados?
-

Para orientar o desenvolvimento dessas ações, optamos por utilizar as recomendações do *Guia de Projetos Participativos de Nutrição*, da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (1997). Esse



Leia, na íntegra, o *Guia de Projetos Participativos de Nutrição*, da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (1997), para conhecer melhor as propostas apresentadas. O documento está disponível na página eletrônica da FAO, na opção catálogo de publicações.

documento visa recolocar as informações do Sisvan como estratégia de planejamento para o desenvolvimento de ações e intervenções.

O *Guia* propõe algumas etapas para construção de ações e projetos participativos de nutrição. Neste livro, escolhemos trabalhar com algumas delas, que consideramos fundamentais para este processo. São elas:

- ◆ Identificação e definição de prioridades
- ◆ Mobilização de recursos institucionais e comunitários
- ◆ Seleção de intervenções

Identificação e definição de prioridades

Com os dados dos mapas elaborados por você, conforme já demonstrado no Capítulo 4, será possível, agora, conhecer o perfil nutricional de crianças, gestantes, adultos, idosos e, quem sabe, muitas outras coisas. Nesse momento, quando vamos levantar os problemas que devem ser priorizados, surgem algumas dúvidas e nos defrontamos com limites de atuação. Quem dera pudéssemos atender a tudo! Mas, temos que decidir o que fazer e de forma rápida, precisa e adequada às oportunidades políticas, financeiras, técnicas e operacionais que envolvem o nosso serviço. Para isso, precisamos selecionar quais atividades vamos desenvolver.

Para identificar e selecionar as atividades, é necessário sistematizar e hierarquizar as prioridades. Essa etapa concretiza a transformação dos dados em informação, isto é, a geração de indicadores, que devem ser agrupados em categorias de informações, baseadas nos objetivos institucionais e nas demandas da rede Sisvan. Esses indicadores são, em geral, selecionados de forma pactuada entre os atores envolvidos no sistema, tanto do setor saúde como da comunidade.

Se você tiver dúvidas em relação à geração de indicadores, releia o primeiro Capítulo da Parte II que aborda essa questão com detalhes.

Vale lembrar, aqui, que é preciso termos clareza do que pretendemos saber com as informações do Sisvan, ou seja, **para que servem?**

Vamos destacar alguns objetivos básicos das informações geradas pelo Sisvan:

No Capítulo 4 deste volume, "Construção do fluxo de dados", são apresentados os modelos de Mapas de Acompanhamento do Estado Nutricional e os procedimentos para consolidação e interpretação dos dados, que resultam em informações importantes para o serviço.

- ◆ apoiar a assistência direta e melhorar a assistência local e a promoção à saúde;
- ◆ monitorar a situação nutricional de grupos específicos, segundo características dos sistemas de informação e vigilância em saúde. No caso dos DSEI, “alimentar” o sistema de informações da Funasa;
- ◆ subsidiar políticas e ações para promoção de saúde, prevenção e controle de agravos nutricionais.

Dessa forma, as informações têm utilidade para tomada de decisões dos gestores.

As informações geradas na atenção básica à saúde devem ser norteadas pelos princípios da Norma Operacional Básica (NOB) (BRASIL, 1996) e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), do SUS (BRASIL, 2001), além dos contidos na Norma Técnica *Vigilância Alimentar e Nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas* (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2006b). Destacamos, ainda, que a Vigilância Alimentar e Nutricional integra a terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 1999) e as recomendações das Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004) e de Saúde Indígena (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2006a).

A vinculação das informações geradas na atenção básica à saúde, às normas e às políticas públicas é analisada nos Capítulos 3 e 5 do livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, volume 1, de Denise Cavalcante Barros, Denise Oliveira e Silva e Sílvia Ângela Gugelmin (2007).

No âmbito local, para melhorar a assistência prestada aos usuários, é necessário pensar na implementação do conceito da **atitude de vigilância**. Nesta fase, os dados que vamos discutir têm que expressar a valorização do estado nutricional, como componente fundamental para a saúde e atenção prioritária a grupos mais vulneráveis.

O mesmo volume, no Capítulo 6, reforça a importância das informações geradas na atenção básica à saúde serem usadas para repensar a rotina diária da assistência prestada.

Como identificar as prioridades?

Você tem o retrato da sua população. Nele apareceram muitas informações e você deve selecionar aquelas que são prioritárias. O primeiro passo é pensar que esse processo é coletivo.

Você é um dos atores desse processo, mas, quem são os outros atores?

Temos vários atores, tais como: profissionais de saúde, gestores, lideranças comunitárias, agentes financiadores do governo, instituições não-governamentais e a comunidade. Podemos assumir que todos eles têm

um papel no desenvolvimento das ações derivadas do Sisvan e podem ser considerados agentes de desenvolvimento. Esses são os atores que ajudam na identificação das prioridades.

Para definir prioridades, é necessário estabelecer os contatos iniciais entre os agentes de desenvolvimento. No *Guia de Projetos Participativos de Nutrição*, da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (1997), essa fase deve ser realizada por meio de dois processos:

- ◆ coletar, revisar e organizar a informação existente sobre os aspectos alimentares e nutricionais;
- ◆ identificar os agentes de desenvolvimento envolvidos em atividades relacionadas à alimentação e nutrição.

Tendo o Sisvan implantado em seu local de trabalho e seguindo as recomendações sugeridas para a análise e interpretação dos dados, o primeiro processo será relativamente fácil, visto que as informações sobre a situação nutricional estarão disponíveis. As informações mais frequentes utilizadas nessa etapa são:

- ◆ comparação dos percentuais encontrados em cada categoria com os valores esperados na referência;
- ◆ comparação com outras fontes locais (serviços, dados de programas comunitários, municípios) e com dados de pesquisas populacionais locais ou nacionais;
- ◆ utilização de indicadores de outros sistemas de informação;
- ◆ avaliação de possíveis determinantes.

Nessa avaliação, agregamos o conhecimento da realidade local para interpretar os achados (perfis e tendências) do diagnóstico nutricional. Por exemplo, dados sobre prevalência de aleitamento materno, existência de ações de suplementação alimentar, morbidades, condições dos serviços de saúde e do ambiente podem auxiliar as interpretações.

Com os resultados organizados, vamos realizar o inventário de instituições que, localmente, trabalham em atividades relacionadas com alimentação e nutrição. É nesse momento que estabelecemos os contatos iniciais e identificamos os agentes técnicos de desenvolvimento (enfermeiras, agentes de saúde, médicos, nutricionistas etc.), gestores (coordenadores dos DSEI e pólos-base), lideranças políticas e comunitárias. Isso pode ser feito através de reuniões, oficinas e/ou outras formas de reflexão sobre esses resultados, em busca de soluções.

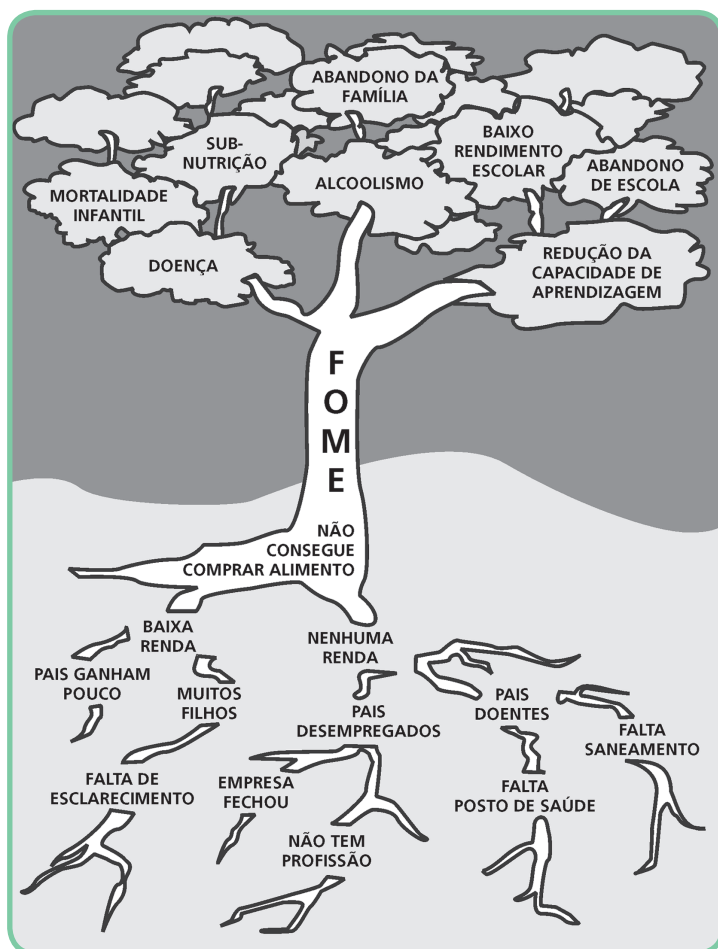
Uma proposta interessante para realizar nessa etapa é construir um diagrama de causalidade, usando como técnica a construção de uma “árvore de problemas” (INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 1994), que é um caminho largamente utilizado devido à sua facilidade de compreensão e construção. Entretanto, é importante destacar que existem várias técnicas; você poderá escolher aquela que seja mais adequada à sua realidade.

Após a leitura, observe que a lógica de criação de uma “árvore de problemas” prevê a necessidade de identificar as causas e conseqüências de um problema central. As raízes são as causas; os galhos e ramificações são as conseqüências, e a parte central – o tronco – é o problema que vamos enfrentar. E com base nas informações são identificadas as ações necessárias para superá-lo. A Figura 1 apresenta um exemplo de uma “árvore de problemas” sobre a fome.



Sugerimos a leitura do documento *Planejamento participativo: um instrumento de combate à fome* (INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 1994), antes de iniciarmos a criação da “árvore de problemas”, para você se familiarizar um pouco mais com a técnica. Você pode entrar em contato com o Ministério da Saúde para solicitar informações sobre esse documento.

Figura 1 – Árvore de problemas



Fonte: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (1994).

Vamos praticar um pouco a construção de um diagrama de causalidade ou modelo causal, ou ainda, uma árvore de problemas. Com essa atividade você visualizará mais facilmente a situação e as possibilidades de intervenção.

PARA PRATICAR – IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS

A partir de agora você irá construir uma “árvore de problemas”. Mas, antes, é preciso identificar um problema. Com esse objetivo, leia o caso proposto a seguir e depois realize as seguintes atividades:

- a) liste, por ordem crescente de prioridade, os problemas identificados por você, e discuta com o seu grupo de trabalho;
- b) selecione um dos problemas e desenhe uma árvore com as raízes (as causas do problema identificado no caso apresentado), tronco (a causa principal do problema), galhos e folhas (as conseqüências).

Caso

Eram mães com os filhos no colo! Outras com um prato de comida na mão para alimentar as crianças.

Nesse dia, nessa cidade distante 228 quilômetros de uma grande capital de um estado do centro do país, o que se via era a revolta da comunidade indígena! Todos se sentiam prejudicados pelas notícias veiculadas na imprensa de que os índios estariam deixando de alimentar os filhos por questões culturais, contribuindo para o aumento do índice de desnutrição.

Nesse DSEI tinha sido registrada, em poucas semanas, a morte de 15 crianças com idades entre dois meses e sete anos, em duas aldeias. O total de crianças menores de sete anos nas duas aldeias era de cerca de 330. O pólo-base responsável pelo atendimento das duas aldeias encontrava-se sem coordenador técnico e profissional de nível superior havia quatro meses, apesar de o município receber recursos da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) para contratação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). O atendimento às aldeias estava sendo realizado por um auxiliar de enfermagem e três Agentes Indígenas de Saúde (AIS).

Segundo informações dos AIS, o quadro das crianças se iniciava com diarreia intensa e febre. As mães paravam de alimentar as crianças, cuja situação, em poucas semanas, evoluía para desnutrição grave e morte. A referência hospitalar só era aceita quando a desnutrição se mostrava mais grave para as famílias, como a prostração e a acentuada perda de peso. Segundo ainda os AIS, algumas das crianças não apresentavam diarreia, mas um quadro de febre alta e sinais

de infecção respiratória. De acordo com o relato, as crianças que pioravam mais rapidamente eram as que já estavam “magrinhas”. Não havia registro de dados do estado nutricional. Nem os AIS nem a auxiliar de enfermagem pesavam as crianças. As balanças do pólo-base eram usadas como suporte de material. A de adulto era usada pelos próprios indígenas, que se pesavam quando iam buscar medicamentos. A farmácia do pólo estava cheia de medicamentos para dor e febre, dois tipos de antibióticos, mas faltava soro de reidratação oral. Das 15 crianças que evoluíram para óbito, 12 tinham sido internadas no hospital do município mais próximo e três morreram na aldeia. Segundo dados colhidos na referência, as crianças evoluíram para óbito nos primeiros três dias de internação, apresentando quadro de hipotermia, hipoglicemia e choque séptico.

Havia ainda cinco crianças internadas cuja recuperação ocorria satisfatoriamente, sendo que três delas apresentavam baixo peso para a idade, e as demais estavam em risco nutricional.

A equipe de reportagem do jornal *O Estado* também estava na aldeia e observou o cuidado e a preocupação das mães com a saúde das crianças. Todas as semanas, as índias se reuniam para fazer um sopão para os filhos. A iniciativa dependia de doações; por isso, nem sempre era realizada. Nas casas, as crianças com menos de cinco anos eram alimentadas pela mãe. O problema era que o único alimento se constituía de um prato de arroz.

O chefe do DSEI, um médico que trabalhava há cinco anos na aldeia, desesperado com as notícias da imprensa local, pediu apoio à assessoria de comunicação da Funasa em Brasília, para explicar que estavam sendo tomadas medidas para resolver a situação. Providenciou a contratação de um responsável pelo Sisvan para organizar uma ação nas aldeias. Seriam contratados mais membros da equipe, como um médico, uma enfermeira e dois auxiliares de enfermagem. Estaria vindo outra equipe de outro DSEI próximo para investigar as causas das mortes, mas não havia tempo de esperar o resultado, pois outros casos de adoecimento já estavam sendo relatados pelos AIS. As balanças eletrônicas e dois antropômetros portáteis haviam acabado de chegar, além de três balanças para os AIS.

Para os indígenas, as providências anunciadas pelos representantes de órgãos públicos não serviam como justificativa para esconder a precariedade do atendimento de saúde oferecido nas aldeias. “Isso é um absurdo. Quantas vezes deixamos de comer para alimentar nossos filhos. As mães cuidam sim das crianças e a desnutrição não tem nada a ver com a nossa cultura”, rebateu a agente de saúde, a índia Maria das Dores.

Um médico da Funasa, dr. Serafim Alves, contou que sua equipe enfrentava resistência das famílias indígenas para realizar o atendimento médico. A espiritualidade,

vergonha e dúvida sobre os procedimentos adotados pelos agentes de saúde levavam os indígenas a desistirem do tratamento, avaliou o médico. “Eles acreditam que uma doença como a desnutrição, por exemplo, é um feitiço e somente o rezador pode fazer a cura”, explicou Serafim Alves.

As aldeias não contavam com saneamento básico, nem com água tratada, pois a Coordenação Regional da Funasa (Core) não finalizou a obra, faltando uns poucos metros de encanamento para disponibilizar a água.

O índio Alberto dos Santos Silva, morador da aldeia, também contestou as informações veiculadas na imprensa. Ele disse que muitas lideranças indígenas contribuíam para que informações equivocadas fossem divulgadas. “As autoridades querem culpar os índios pelo problema da desnutrição”, finalizou ele.

Havia disponibilidade de alimentos tradicionais, por meio de algumas roças comunitárias e familiares, mas as fontes de proteína eram sazonais. Nessa época do ano não havia peixe, a maior fonte de proteína das famílias. Algumas tinham aposentadoria dos idosos e adquiriam alimentos de baixa qualidade nos mercados regionais, como refrigerantes e alimentos industrializados. O município não havia cadastrado nenhuma família no Programa Bolsa-Família, e a ação de distribuição de alimentos solicitada ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) estava atrasada há três meses.

O Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) foi convocado em caráter de urgência e propôs a criação de um comitê específico para analisar e mapear a situação. Ao final foi realizado um ritual ancestral para pedir ajuda para a aldeia superar a tragédia.

Dentre as propostas debatidas para driblar a resistência estava a realização de um ritual, pelos pajés, antes de qualquer tratamento médico, ganhando a confiança das famílias com rezas e ritos tradicionais. No entanto, havia falta de preparo das equipes da Funasa para tratar das questões culturais das comunidades. “É preciso conversar com eles para ultrapassar a barreira cultural”. Para um AIS, o caminho para superar a desnutrição virá quando houver distribuição de terras e a recuperação ambiental das áreas já habitadas pela população de índios.

Embora a fome esteja matando crianças indígenas, as ações de combate à desnutrição e a questão fundiária vêm sendo ignoradas pelas autoridades, e o assistencialismo é a única medida colocada em prática pelo governo federal. Uma Organização Não-Governamental (ONG) local entendeu que a criação de um programa integrado entre os Ministérios do Desenvolvimento Agrário e da Agricultura e Pecuária deveria ser iniciado. “O assunto nem é colocado em discussão. O governo só toma medidas imediatas, mas é preciso tratar o problema pela raiz”, afirmou o coordenador da ONG.

Uma semana após a tragédia, o governo do Estado entregou 31,2 toneladas de alimentos na aldeia, por meio do Programa Fome Zero. A ação foi necessária para minimizar a carência da comunidade, mas não é suficiente para tirar as famílias da miséria.

O capitão da aldeia pediu ajuda de técnicos agrícolas para fazer roças nas aldeias. "Não temos maquinário para tirar esse matagal e as famílias precisam de auxílio na plantação. Não estamos conseguindo plantar nem mandioca e batata", frisou o capitão.

Um membro do Condisi também defendeu a mesma opinião. Segundo ele, a distribuição de cesta básica ameniza, mas não resolve o problema. "Paralelamente a isso, são necessárias ações estruturais. Chega desse jogo de empurra-empurra, ninguém quer assumir a responsabilidade", ressaltou o índio.

O coordenador da ONG acredita que essa avalanche de alimentos entregue nas aldeias, de forma desordenada, contribuiu para o aumento do preconceito contra a comunidade indígena. "As pessoas vão questionar: esses índios recebem um monte de comida e continuam passando fome?"

Além disso, o assistencialismo é um atrativo para os índios desaldeados, que só retornam às aldeias para receber cesta básica. O problema, segundo ele, é que daqui a alguns anos, quando a aldeia for esquecida novamente, a fome volta a castigar as famílias, dessa vez em número ainda maior. Atualmente, os índios dependem de maquinário para conseguir plantar nas aldeias. A terra está tomada pelo matagal e a comunidade não tem mais condições de limpar a terra com enxada. Os três tratores da aldeia estão parados desde o ano passado, em uma oficina mecânica do município.

Caso adaptado pelos autores com base no relato de uma situação real, sendo fictícios os nomes dos envolvidos.

Observe que na construção da "árvore de problemas" e da lista de prioridades surgem muitas indagações, como: quais são as nossas prioridades; como vamos selecioná-las; por onde começar; quais instituições devem ser contatadas.

Para dar maior eficiência a esse processo, a sua construção deve contar com a participação de todos os atores envolvidos, ou seja, profissionais da saúde, representantes comunitários e gestores.

Mobilização de recursos institucionais e comunitários

Os determinantes do estado nutricional e a construção de modelos causais são discutidos no Capítulo 4, Parte II, volume 1 do livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, de Denise Cavalcante Barros, Denise Oliveira e Silva e Silvia Ângela Gugelmin (2007).

A Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (1997) recomenda: o diálogo entre os atores (profissionais, instituições, comunidade) é a base de um projeto participativo de nutrição. Mediante o diálogo, cada um contribuirá para melhor compreensão dos problemas alimentares e nutricionais. Com o avanço do projeto, tanto a compreensão dos problemas como a perspectiva que se tem deles evoluem e amadurecem.

Uma vez que os problemas nutricionais apresentam uma rede complexa de determinantes, a solução requer a participação de diversos atores. Os parceiros do DSEI, incluindo setores como da agricultura, saúde, educação, desenvolvimento social, sociedade civil, estão todos os envolvidos na solução dos problemas identificados. É nesse momento que é discutida a rede causal do problema nutricional que está sendo analisado e suas possíveis soluções, segundo as características dos agentes de desenvolvimento, especialmente da comunidade. O tempo de realização pode ser longo, se os resultados não estiverem claramente descritos e apresentados pela equipe responsável pelo Sisvan.

Neste processo de trabalho, é importante abrir espaço para a participação efetiva da população, identificando pessoas-chave na comunidade. Elas fariam a comunicação com outros membros da comunidade, trazendo informações e sugestões úteis. Ao mesmo tempo, o apoio dessas pessoas (lideranças, agentes indígenas de saúde, agentes de saneamento, professores, pajés/xamãs) facilitaria a mobilização de maior número de pessoas, proporcionaria maior credibilidade à proposta e ajudaria a obter êxito e sustentação. Quando as comunidades e os serviços iniciam as atividades com seus próprios meios, há maior participação e compromisso com a proposta, diminuindo o grau de dependência de recursos externos.

Outra etapa a ser cumprida na mobilização é o levantamento dos recursos disponíveis na comunidade, no distrito e/ou pólo, bem como um inventário das instituições locais que desenvolvem ou prestam apoio às atividades relacionadas à alimentação e nutrição. Nesse inventário podem-se incluir os serviços oferecidos, o nome da instituição que os presta, sua localização e distância da comunidade, assim como os recursos que pode colocar à disposição para a execução das ações.

Com essas informações, é possível preparar um mapa, indicando a interação entre cada instituição/parceiro e sua importância na resolução dos problemas identificados, ou no desenvolvimento das intervenções. A construção coletiva do mapa permite discutir os problemas e visualizar as oportunidades para proporcionar melhor assistência à comunidade.

PARA PRATICAR – ATITUDE DE VIGILÂNCIA

Assista novamente ao vídeo *Atitude de vigilância*, mas, agora, em conjunto com o seu grupo de trabalho, para, juntos, refletirem sob uma nova perspectiva, isto é, à luz das indagações a seguir:

1. Quais os limites de atuação sobre os problemas apontados no vídeo?
2. Que recursos institucionais e comunitários precisam ser mobilizados para a busca de soluções?



O vídeo *Atitude de vigilância* foi produzido pelo Inan/MS e CPCE/UnB (Centro de Produção Cultural e Educativa/Universidade de Brasília, coleção Vídeos em Saúde), em junho de 1997. Ele faz parte do acervo da Coordenação Geral das Políticas de Alimentação e Nutrição (CGPAN), do Ministério da Saúde, e da videoteca do Departamento de Comunicação em Saúde (DCS), do Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fiocruz, que pode ser acessada por meio da página eletrônica da Fiocruz. Para qualquer informação sobre a reprodução, contatar a videoteca.

Seleção de intervenções

Uma vez identificados os problemas alimentares e nutricionais, o passo seguinte consiste em buscar soluções, elegendo ações que possam melhorar a situação. Essa etapa precisa ser desenvolvida com base em um quadro de ações, metas, atividades, cronograma, e na identificação dos recursos institucionais e comunitários possíveis de serem mobilizados.

Cabe lembrar que, para alguns problemas essenciais, como acesso a terra, educação e/ou saúde não existem soluções a curto prazo. No entanto, a mobilização da comunidade, dos profissionais, dos representantes do controle social e até mesmo do governo local pode resultar na apresentação de soluções aos responsáveis pela elaboração de políticas e programas na área.

Vamos praticar um pouco? Propomos, a seguir, uma atividade para você construir um quadro com ações, metas e prazos.

PARA PRATICAR – SELEÇÃO DE INTERVENÇÕES

Em continuidade ao exercício de construção da “árvore de problemas”, que você desenvolveu com seu grupo de trabalho, dê o passo seguinte:

1. Selecione um problema e descreva, no mínimo, quatro ações/intervenções, com as respectivas metas e cronogramas, que devem ser implementadas para solucioná-lo.
2. Para sistematizar suas idéias, você pode utilizar o modelo de quadro a seguir.

Problema:		
Ações	Metas	Cronograma

A construção do quadro nos oferece como resultado as ações e intervenções a serem executadas. Em geral, é um elenco grande e extenso e, conseqüentemente, de difícil seleção. Para isso, é importante definir, previamente, os critérios de seleção de intervenções.

Beghin, Cap e Dujardin (1988) propuseram uma forma esquemática e bem útil para definir critérios e selecionar intervenções. A partir das ações e intervenções que iremos desenvolver, identificadas na etapa anterior, vamos discutir os critérios para selecionar aquelas mais importantes para a nossa atuação. Lembre-se de que todo esse processo é coletivo e precisa ser debatido e pactuado entre todos os agentes de desenvolvimento.

A técnica proposta pelos autores é a da construção de um quadro com a descrição das ações/intervenções e a lista de critérios através de uma escala numérica de pontuação. Pode-se incorporar critérios qualitativos que vão aumentar ainda mais o poder de escolha da intervenção.

Os critérios mais utilizados para selecionar uma intervenção são: (1) baixo custo, (2) boa exequibilidade técnica e operacional; (3) adesão da comunidade; (4) adesão do profissional da saúde; e (5) existência de apoio institucional. No entanto você e/ou seu grupo de trabalho poderão definir outros critérios que atendam a sua realidade.

PARA PRATICAR – ESTABELECIMENTO DE CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

1. Reveja o quadro do exercício anterior, com seu grupo de trabalho, e proponha quatro critérios para selecionar a intervenção que será implementada. Comente as razões de escolha de cada critério, sinalizando aquele que tem maior importância na definição de prioridades de ação.

2. Selecione quatro ações/intervenções do quadro referido no item anterior, e faça outro quadro com a descrição dos critérios e das ações/intervenções, conforme o modelo a seguir.

Critérios de seleção das ações/intervenções

Ações/Intervenções	Critérios				
	1	2	3	4	Total

1. Estabeleça as notas dos critérios, com variação de 0 a 10, para classificar as ações/intervenções. A nota 0 será para o critério mais fraco e 10, para o mais forte em relação à ação/intervenção que está sendo avaliada.

2. Some, na linha de ações/intervenções, o valor de pontos para todos os critérios, sinalizando aquela que recebeu maior pontuação.

Importante: se ao final houver empate entre algumas das intervenções, deverá prevalecer aquela intervenção que tiver a nota mais alta para um dos critérios que você e/ou seu grupo estabeleceu como o mais importante. Por exemplo, você e/ou seu grupo podem ter definido que baixo custo é o critério mais importante; logo, a ação que tiver maior nota neste critério é aquela que irá prevalecer.

Reconhecemos que o processo de construção do Sisvan pode ser desenvolvido de várias formas, mas a principal é aquela que potencializa o protagonismo entre os profissionais e a população, possibilitando a construção de ações que contribuam para a melhoria das condições alimentares e nutricionais da população indígena. Podemos nos indagar agora: será que apenas informar os resultados encontrados é um ato transformador da realidade? Será que as informações que divulguei são suficientes para alterar um quadro de falta de comida, de falta de acesso à educação e ao saneamento? Não podemos afirmar a você se isso é suficiente. Podemos, sim, dividir com você que, com o uso desses dados e sua transformação em informações, você pode exercitar a advocacia política desses problemas junto à sociedade, à comunidade e aos setores de decisão política. Esses questionamentos nos acompanharão por nossa vida profissional. E quem sabe serão nossos estimuladores!

Estaremos à disposição para compartilhar com você os momentos difíceis e de dúvidas, ajudando-o em seu cotidiano de atuação. A perspicácia de saber transitar entre o tempo político e técnico das ações de intervenção é um dos principais desafios a serem superados por todos nós. Enfim, o que desejamos é contribuir para a melhoria da situação alimentar e nutricional da população brasileira, na qual os povos indígenas têm um papel histórico e digno.

Referências

BARROS, D. C. (Org.); SILVA, D. O. e (Org.); GUGELMIN, S. A. (Org.). *Vigilância alimentar e nutricional para a saúde indígena*, 1. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/Educação a Distância, 2007.

BEGHIN, I.; CAP, M.; DUJARDIN, B. *A guide to nutritional assessment*. Geneva: WHO, 1988.

BRASIL. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 set. 2006. Disponível em: <<http://www.abrandh.org.br/downloads/losanfinal15092006.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 96*. Brasília, 1997. 34 p.

_____. *Portaria MS/IGM n. 95, de 26 de janeiro de 2001*. Dispõe sobre a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01. Brasília, 2001.

_____. *Portaria MS n. 710, de 10 de junho de 1999*. Dispõe sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Diário Oficial da União*, Brasília, v. 110, 11 jun. 1999. Seção 1, p. 14.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2., 2004, Olinda. *Relatório final*. Brasília: CONSEA, 2004.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Conferências Nacionais de Saúde Indígena: relatórios finais*. Brasília, 2006a.

_____. *Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas*. Brasília, 2006b.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (Brasil). *Planejamento participativo: um instrumento de combate a fome*. Brasília: Ministério da Saúde; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação, 1994. 43 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A AGRICULTURA E A ALIMENTAÇÃO. *Guia para projetos participativos de nutrição*. Roma, 1997. Disponível em: < <http://www.fao.org/DOCREP/003/V1490P/V1490P00.htm#TOC> > Acesso em: 23 fev. 2007.