



Saúde
Ministério da Saúde

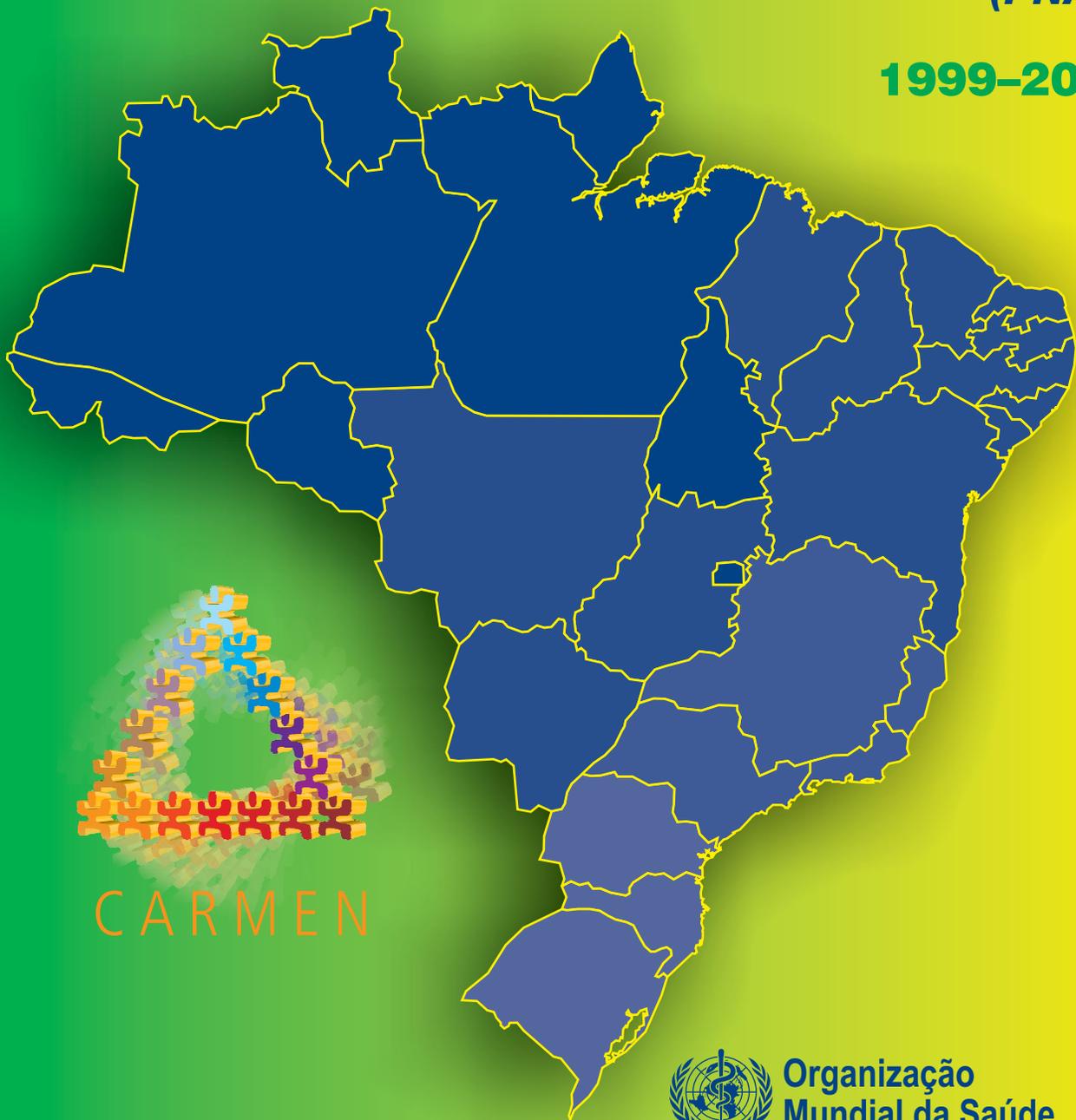


Observatório de Doenças Crônicas não Transmissíveis

***** **O caso do Brasil**

**Política Nacional de Alimentação e Nutrição
(PNAN)**

1999-2005



**Organização
Mundial da Saúde**

Centro de Colaboração da OMS
para Políticas de Doenças Crônicas
não Transmissíveis

Equipe de Coordenação do Observatório de Políticas de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Crônicas não Transmissíveis (OPDCNT)

Deborah Carvalho Malta (SVS/MS)
Denise Bomtempo Birche de Carvalho (Universidade de Brasília)
Otaliba Libânio de Moraes Neto (SVS/MS)
Elisabeth Carmem Duarte (Universidade de Brasília)
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha (SVS/MS)
Lenildo de Moura (SVS/MS)
Marília Mendonça Leão (CGPAN)
Anelise Rizzolo (CGPAN)

Especialistas vinculados ao Comitê Brasileiro do Observatório de Políticas de Vigilância, Prevenção e Controle de DCNT (OPDCNT)

Isabella Samico – Health Evaluation (IMIP)
Iná Santos – Epidemiologist (UFPEL)
Maria Imaculada – Qualitative Research (UFMG)
Sonia Natal – Health Evaluation (ENSP)
Aloysio Achutti – Cardiologist / Tobacco policy (AMRIGS)
Pedro Rodrigues Hallal – PhysEd (UFPEL)
Yara Carvalho – PhysEd /Dr. Colective He. (USP)
Dilian Goullart – CGPAN -MS

Pesquisadores assistentes

Juliana Rochet, Andréa Fucks, Tânia Maria Tosta da Silva,
Sônia Marlene do Prado (UnB)

Cooperação Internacional – OPAS

Lucimar Coser Cannon
Branka Legetic
Luiz Gerardo Castellanos
Miguel Malo

Centro Colaborador da OMS/Canadá

Clarence Clottey, Sylvie Stachenko, Ellen Vogel

Revisão

Tânia Maria Tosta da Silva

Agradecimentos

Aos entrevistados pela contribuição ao processo de pesquisa e produção do conhecimento visando subsidiar a formulação de uma política integrada de prevenção, controle e vigilância de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.

Essa publicação foi apoiada pela expertise e financiamento canadenses.

SIGLÁRIO

ABIN	Associação Brasileira da Indústria de Nutrição
ASBRAN	Associação Brasileira de Nutrição
ABSAN	Associação Brasileira de Segurança Alimentar e Nutricional
ABRANDH	Associação Brasileira de Alimentação e Nutrição e Direitos Humanos
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Brasileira de Vigilância Sanitária
ATAN	Área Técnica de Alimentação
BEMFAM	Bem-Estar Familiar no Brasil
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CGDANT	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CGPAN	Coordenação-Geral da Política e Alimentação e Nutrição
CGPNPS	Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde
CIAN	Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição
CNA	Comissão Nacional de Alimentação
CNAE	Conselho Nacional de Alimentação Escolar
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNRH	Centro Nacional de Recursos Humanos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSAN	Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
COBAL	Companhia Brasileira de Alimentos
CONAB	Companhia Nacional de Abastecimento
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	Comissão de Ética e Pesquisa
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
CSA	Conselho de Segurança Alimentar
CSUs	Centros Sociais Urbanos
DANTs	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
(NICD) DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DHAA	Direito Humano à Alimentação
DHS	Pesquisa de Demografia e Saúde
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
ENDEF	Estudo Nacional de Despesa Familiar
ENSP	Escola nacional de Saúde Pública
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
FAE	Fundação de Assistência ao Estudante
FBSAN	Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional
FIBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FSESP	Fundação Nacional de Serviços de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBASE	Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa
ICCN	Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
INAE	Instituto Nacional de Assistência ao Educando

INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INCA	Instituto nacional do Câncer
INESP	Instituto Superior de Ensino e Pesquisa
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
IPLAN	Instituto de Planejamento e Gestão Governamental
LACENS	Laboratórios Centrais de Saúde Pública
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDA	Ministério do Desenvolvimento Agrário
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MP	Ministério Público
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPDCNT	Observatório de Políticas de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAE	Plano de Ação Econômica
PAN	Programa de Apoio Nutricional
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PAS	Programa Alimentos Seguros
PASS	Programa de Ação Social e Saneamento
PAT	Programa de Alimentação do Trabalhador
PBA	Programa Bolsa Alimentação
PBEM	Programa de Bem-Estar do Menor
PCA	Programa de Complementação Alimentar
PCFM	Plano de Combate à Fome e a Miséria e pela Vida
PCF	Plano de Combate à Fome e a Miséria e pela Vida
PCS	Programa Comunidade Solidária
PED	Plano Estratégico de Desenvolvimento
PGRM	Programa de Garantia de Renda Mínima
PIASS	Programa e Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIE	Programa de Intermediação do Emprego
PIS	Plano de Integração Social
PLANFOR	Programa Nacional de Educação Profissional
PNAA	Programa Nacional de Acesso à Alimentação
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNCC	Programa Nacional de Capacitação das Cidades
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNBEM	Política Nacional de Bem-Estar do Menor
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNI	Programa de Imunização
PNIAM	Programa nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNLCC	Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes
PNM	Programa Nacional do Menor
PNS	Programa de Nutrição em Saúde
PNSA	Política Nacional de Segurança Alimentar

PNSN	Programa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PPA	Plano Pluri-Anual
PRODEA	Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos
PRODECOR	Programa Nacional de Desenvolvimento de Comunidades Rurais
PROGER	Programa de Geração de Emprego e Renda
PRONAF	Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSA	Política de Segurança Alimentar
PSA	Programa de Suplementação Alimentar
PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAS	Secretaria de Assistência a Saúde
SALTE	Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SBSA	Solo Brasileiro de Segurança Alimentar
SEAC	Secretaria de Ação Comunitária
SINE	Sistema Nacional de Emprego
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SNME	Serviço Nacional de Merenda Escolar
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo
VISAS	Centros de Vigilância Sanitária Estaduais, do Distrito Federal e Municípios
ZERO HUNGER PROGRAM	Programa Fome-Zero

Introdução



Esta pesquisa centra-se em dois aspectos fundamentais e complementares:

1) O mapeamento das iniciativas governamentais de prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, em cinco eixos fundamentais no campo da saúde pública, são eles: a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN); a Política Nacional de Combate ao Tabagismo; Atenção a Diabetes e Hipertensão; Atividade Física; Vigilância.

2) A análise do processo de formulação dessas iniciativas no campo das ações públicas voltadas à proteção e promoção da saúde. Tal análise será construída a partir da reconstituição dos fundamentos e critérios políticos presentes no processo decisório de elaboração de iniciativas relacionadas à prevenção e controle das DCNT.

Analisando as DCNT de forma ampla, tomando-se como referência o debate que vem sendo travado na área da saúde pública (LESSA, 1998, 2004), constata-se, a partir da década de 1960, a ocorrência de modificações nos padrões de morbimortalidade da população. Esse fenômeno é caracterizado, entre outros indicadores, pela progressiva queda no número de mortes por doenças infecciosas transmissíveis, e elevação, também progressiva, de óbitos por doenças não transmissíveis.

Esse processo, identificado como Transição Epidemiológica, representa o reflexo, na área da saúde pública, de um conjunto de mudanças mais gerais que vem ocorrendo na dinâmica da vida coletiva, tais como as modificações demográficas, econômicas e sociais, o aumento da exposição a hábitos de vida não saudáveis como o tabagismo, o sedentarismo, a alimentação inadequada, entre outras.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2004), no Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT foram responsáveis pela maior parte dos óbitos e das despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), somando aproximadamente 69% dos gastos com atenção à saúde em 2002. As doenças cardiovasculares (DCV) lideram, desde a década de 1960, as causas de óbito no país, constituindo, atualmente, a principal causa de morte de cerca de dois terços do total de óbitos com causas conhecidas no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em 2003, essas doenças causaram 274.068 óbitos (31,5%) dos óbitos de causas definidas (tabela 1), na seguinte proporção (tabela 2):



doenças cerebrovasculares (32,5%), doenças isquêmicas do coração (30,4%), doenças hipertensivas (10,2%) e insuficiência cardíaca (9,9%).

Tabela 1: Óbitos por grupo de causas, Brasil, 2003

Causa de Óbito	No. óbitos	%
1 D. cardiovasculares	274.068	31,5%
2 Neoplasias (tumores)	134.691	15,5%
4 Causas externas	126.657	14,6%
5 D. respiratórias	97.656	11,2%
6 D. endócrinas, nutr. e met.	51.190	5,9%
7 D. Aparelho digestivo	46.894	5,4%
8 D. Infecciosas e parasit.	46.533	5,4%
9 D. Período perinatal	32.040	3,7%
10 Demais causas	59.177	6,8%
Total de Ób. c/ causa definida	868.906	86,69%
3 Causas mal definidas	133.434	13,31%
Total de Óbitos	1.002.340	100,00%

Fonte: SIM/MS

Elaboração: CGDANT/DASIS/SVS/MS

Tabela 2: Óbitos por Doenças Cardiovasculares, Brasil e regiões, 2003

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.Oeste	Brasil	%
D. cardiovasculares	10.106	56.392	141.398	48.978	17.194	274.068	100,0%
D. cerebrovasculares	3.913	20.500	43.082	16.307	5.227	89.029	32,5%
Doenças Isquêmicas do coração	2.411	14.705	45.156	16.293	4.629	83.194	30,4%
Infarto agudo do miocárdio	2.016	12.116	33.053	12.071	3.473	62.729	22,9%
Doenças hipertensivas	1.113	6.934	14.026	3.921	1.850	27.844	10,2%
Insuf. cardíaca congestiva	1.248	6.708	12.320	5.001	1.887	27.164	9,9%
Demais doenças do Ap. Circulatório	542	2.717	6.819	2.182	942	13.202	4,8%
Cardiomiopatias	343	2.206	7.554	1.517	1.326	12.946	4,7%
D. das artérias (inclui aneurismas)	191	1.286	6.148	1.848	687	10.160	3,7%
D. card. pulmonar e vasos pulmonares	199	719	3.521	1.020	296	5.755	2,1%
Arritmia	146	617	2.772	889	350	4.774	1,7%

Fonte: SIM/MS

Elaboração: CGDANT/DASIS/SVS/MS

Tabela 3: Número e aumento (%) de idosos e da população brasileira entre os anos 1991 e 2000, por faixas etárias.

Fx. Et.	Ano		Aumento	
	1991	2000	nº	%
60 - 69	6.412.918	8.182.035	1.769.117	27,6%
70 - 79	3.180.136	4.521.889	1.341.753	42,2%
80 e +	1.129.651	1.832.105	702.454	62,2%
Total > 60	10.722.705	14.536.029	3.813.324	35,6%
População total	146.825.475	169.799.170	22.973.695	13,52%

Fonte: IBGE, por DATASUS/MS

Elaboração: CGDANT/DASIS/SVS/MS



Nas últimas décadas, a prevenção para DCNT vem sendo objeto de preocupação do poder público e de diversas organizações internacionais, tendo em vista a transição demográfica que o Brasil vem experimentando, com o aumento da população de idosos (tabela 3) e a alta incidência dessas doenças nesse segmento populacional.

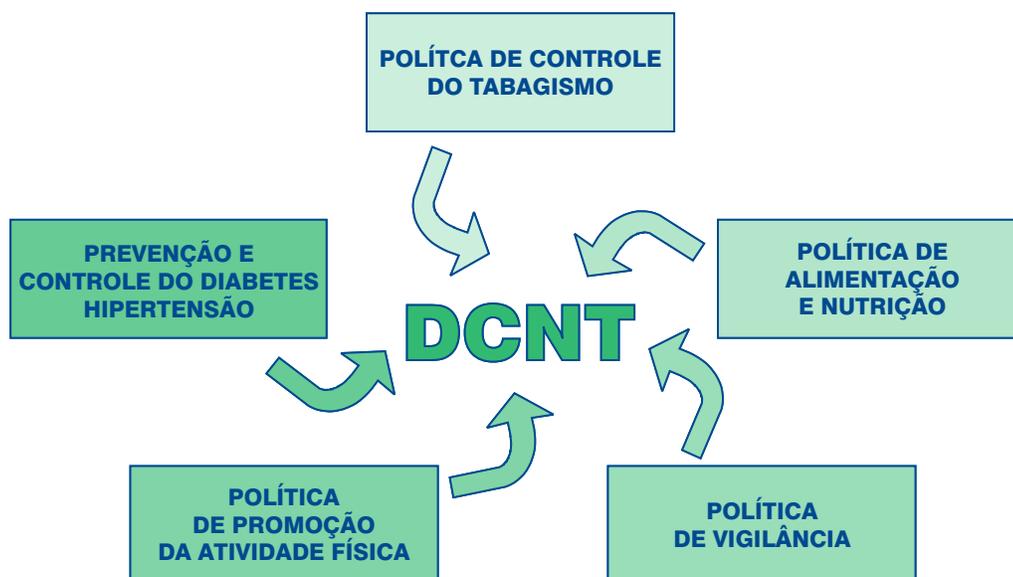
Estratégias e ações de prevenção e tratamento das DCNT vêm sendo desenvolvidas, no país, ao longo de quase um século (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Contudo, tais ações encontram-se fragmentadas institucionalmente, sendo elaboradas e conduzidas por diferentes ministérios, sem aparente articulação, fato que pode ocasionar superposição de esforços e redução na eficiência e eficácia da intervenção.

Nesse sentido, diante do reconhecimento da complexidade inerente às DCNT e do consequente impacto para o Sistema Único de Saúde de uma possível epidemia dessas doenças, inclusive no que se refere ao financiamento das ações assistenciais, torna-se clara a necessidade de ampliação e aprofundamento do debate público em torno da elaboração de uma Política Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Fruto dessas preocupações, o projeto foi concebido a partir de um amplo processo participativo envolvendo o Ministério da Saúde, o Observatório de Políticas de Vigilância, Prevenção e Controle de DCNT (OPDCNT), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Agência de Saúde do Canadá e Centros Colaboradores em universidades brasileiras.

A proposta tem como objetivo central sistematizar e analisar o processo de formulação de políticas públicas governamentais em âmbito federal, de prevenção e controle das DCNT no Brasil em cinco eixos fundamentais no campo da saúde pública: 1) Política Nacional de Alimentação e Nutrição; 2) Política Nacional de Combate ao Tabagismo; 3) Atenção ao Diabetes e Hipertensão; 4) Atividade Física; 5) Vigilância, conforme esquema a seguir:

Estudo de caso do Brasil: 5 eixos de análise





A referida análise compreendeu o processo decisório de formulação dessas iniciativas dentro dos diversos setores do Ministério da Saúde. Isto porque, se todos os programas de governo têm um conteúdo técnico de execução, de uma proposta de ação, segundo critérios racionais, todos têm igualmente um conteúdo político. As ações e/ou programas governamentais são executados em um ambiente que é eminentemente político.

A intervenção do poder público na realidade social é complexa. A formulação de políticas e/ou programas de governo é dependente da dinâmica de interação entre os grupos políticos no interior do Estado e deste com a sociedade organizada. Daí a necessidade de considerar o peso político da ação governamental na análise de programas de governo, sobretudo quando o que se pretende analisar é o processo de formulação de políticas públicas governamentais.

Pensando em contribuir com a capacidade técnica para a analisar e avaliar políticas de prevenção de DCNT na América Latina e no Caribe, foi implantado o Observatório de Políticas com a função de sistematizar e analisar, com rigor metodológico, as informações relacionadas com as políticas que atuam na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. “O mesmo terá a capacidade de avaliar a evolução das intervenções na região e terá a função de difundir os resultados de suas análises assim como outros que considerem relevantes” (OPAS, 2003).

Nesse contexto, a OMS, em parceria com o Centro Colaborador do Canadá para o desenvolvimento de políticas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, está realizando estudos de caso focalizando os processos de formulação e implementação de políticas em três países: Brasil, Costa Rica e Canadá.

No caso do Brasil, a estrutura do Observatório envolveu inicialmente o processo de análise de políticas de saúde pública no campo de DCNT. A presente pesquisa se insere no âmbito dessa proposta.

A pesquisa procurou responder as seguintes questões:

- Como as iniciativas governamentais de controle e prevenção das DCNT se inserem em uma estratégia futura, mais global, de enfrentamento do problema?
- Como essas iniciativas podem fornecer insumos para a formulação de uma política pública integrada para prevenção e controle das DCNT no Brasil?

Objetivos do estudo de caso brasileiro



- Mapeamento das iniciativas de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, no Brasil, relacionadas à prevenção de tabagismo, à promoção de atividade física, atenção ao diabetes e hipertensão, à política de alimentação e nutrição e à vigilância de DCNT;
- Analisar o processo de formulação dessas iniciativas no campo das ações públicas voltadas à proteção e promoção da saúde;
- Analisar como tais iniciativas se inserem em uma estratégia futura, mais global, de enfrentamento do problema e de formulação de uma política integrada para prevenção e controle das DCNT no Brasil;
- identificar elementos facilitadores e barreiras para a formulação e aprovação de políticas nessa área;
- Subsidiar a formulação de uma política integrada de prevenção e controle das DCNT no Brasil;
- Analisar os resultados do Brasil frente aos processos de formulação, de políticas de prevenção e controle de DCNT em Costa Rica e Canadá.



Abordagem teórico-metodológica

Para melhor precisar os instrumentos de pesquisa é necessário distinguir o que se entende por análise de uma dada política pública, uma vez que há pouco consenso acerca desse assunto, o que obriga o analista a declarar, de início, suas preferências e escolhas (Draibe, 2001).

Por análise de políticas públicas, entende-se o exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas. Qualquer política pública pode ser formulada e implementada de diversos modos. A opção por uma dada formulação e implementação – do ponto de vista das formas de financiamento, das modalidades de prestação de serviços, da relação entre setor público e setor privado, etc. – em detrimento de outra, constitui o objeto de estudo da análise, em que se busca reconstituir as diversas características, de forma a apreendê-las em um todo coerente e compreensível.

Contudo, ainda que a análise de uma dada política pública possa atribuir a um determinado desenho institucional alguns resultados prováveis, somente a avaliação dessa política poderá atribuir uma relação causal entre uma determinada modalidade de ação pública e o sucesso ou fracasso na realização de seus propósitos, ou ainda entre esta ação e um dado resultado ou impacto sobre a situação social prévia à sua materialização.

Segundo Sônia Draibe (2001, p. 12):

“As políticas ou os programas têm vida. Nascem, crescem, se transformam, se reformam. Eventualmente estagnam, às vezes morrem. Percorrem, então, um ciclo vital, um processo de desenvolvimento, de maturação e, alguns, de envelhecimento ou decrepitude (...) Mas políticas e os programas têm também carne e osso, melhor, têm corpo e alma. São decididos e elaborados por pessoas, dirigem-se às pessoas ou ao seu habitat, são gerenciados e implementados por pessoas e, quando isso ocorre, são avaliadas também por pessoas. Ora, as pessoas ou os grupos de pessoas que animam as políticas, fazem-no segundo seus valores, seus interesses, suas opções, suas perspectivas. Que não são consensuais nem muito menos unânimes, como sabemos. Ao contrário, o campo onde florescem as políticas e programas pode ser pensado como um campo de força, de embates, conflitos, que se sucedem e se resolvem ao longo do tempo”.

Os conteúdos políticos das políticas constituem o que poderia ser chamado de *economia política das políticas públicas* (DRAIBE, 2001), já que se refere ao sentido e à lógica da dinâmica dos programas, movida por



interesses, conflitos e eventuais negociações. Trata-se do momento da formação e da formulação da política, em que são tomadas as decisões iniciais e definidas as estratégias de ação.

Embora tais processos sejam interdependentes, uma concepção mais delimitada das etapas de uma política distingue pelo menos dois momentos específicos que antecedem a implementação: a fase de sua formação, implicando a constituição da agenda, a definição do campo de interesse e a identificação de alternativas; e a fase da formulação, quando várias propostas se constituem em política propriamente dita, mediante a definição de metas, objetivos, recursos e a explicitação das estratégias de desenvolvimento da política.

Apesar de diversos autores tratarem da temática avaliação e análise de políticas públicas, a metodologia de análise utilizada neste Projeto distingue duas grandes etapas no ciclo de vida dos programas governamentais: a fase pré-decisional, constituída pelos processos de formação da agenda pública e confronto de alternativas e a fase decisional, constituída pelas decisões autorizadas dos agentes governamentais acerca da formulação dos programas.

Os processos pré-decisional e decisional de uma dada política ou programa são bastante complexos e tendem a ser longos. Teoricamente, a primeira fase compreende a formação da agenda pública (a introdução do tema ou mais diretamente das demandas na agenda social e, posteriormente, pública), a produção e o confronto de alternativas por parte dos diferentes grupos de atores, os processos de filtragem e de apropriação por parte dos agentes, segundo o legado ou as tradições e culturas organizacionais. A segunda fase se refere à formulação – constituída primordialmente por decisões acerca de características como a dimensão temporal das ações, os atores estratégicos a serem mobilizados para apoiar o desenvolvimento da política, as metas a serem alcançadas, as abrangências das ações, os recursos disponíveis, que se materializam sob a forma de leis, decretos, medidas provisórias, portarias etc.

A concepção do ciclo de um programa composto por fases ou etapas é adotada para fins de sistematização metodológica, uma vez que, embora existam características notadamente próprias de determinados ciclos, é difícil separá-los de forma estanque, pois os atores envolvidos são dinâmicos e criativos.

A remissão metodológica é fundamental na compreensão do caminho a ser percorrido para a realização do estudo de caso: análise da constituição da agenda pública, identificação do confronto de propostas, definição da política ou das estratégias de prevenção e controle das DCNT, nos cinco eixos descritos, explicitando concepção, abrangência e objetivos.

A reconstrução dos processos de formação e formulação das iniciativas a serem analisadas, considera a existência de um conjunto de decisões, tomadas por diversos atores, que influem e orientam a configuração das ações tais como propostas.



Segundo Castro (2000, p. 2):

“Admite-se que, no decorrer do processo, coexistem vários atores que planejam e atuam a partir de posições distintas, de acordo com a compreensão e a explicação da realidade que atende a suas necessidades, exigências e propósitos de acordo com as diferentes capacidades de ação de cada um, dadas pelos recursos de poder sob o seu comando. Esses atores em seus processos de articulação se confrontam e organizam (ou não), consensualmente, as decisões no campo de interações políticas, arenas decisórias, em torno da manutenção e/ou ampliação de seus respectivos espaços de controle dos recursos de poder à disposição do Estado. Em cada uma dessas arenas decisórias são definidos centros de decisão das políticas em formulação e implementação”.

Para analisar o processo de formulação da política pública, objeto de nossa pesquisa será utilizado o modelo conceitual de John W. Kingdon (1995).

Kingdon se concentra em compreender os principais processos pré-decisionais à implementação de uma política social: o estabelecimento da agenda e a especificação de alternativas. A agenda governamental consiste em uma lista dos temas que as autoridades governamentais estão prestando alguma atenção em um dado momento. O processo de especificação de alternativas é aquele em que, dentro de um conjunto de alternativas possíveis, algumas opções são efetivamente selecionadas.

Agenda governamental

Nesse processo de conceituação, há a identificação de três etapas inter-relacionadas: problemas, políticas e política. Os atores sociais reconhecem os problemas, elaboram propostas de reformulação das políticas públicas e se engajam em atividades políticas, tais como campanhas eleitorais e militância de grupos de pressão. Cada participante – presidente, membros do Congresso, servidores públicos, lobistas, jornalistas, acadêmicos, etc. – pode, em princípio, estar envolvido em cada um dos três processos (reconhecimento de problemas, elaboração de propostas e política).

Problemas: o reconhecimento de problemas é um momento crítico para o estabelecimento da agenda. As possibilidades de um tema ou proposta fortalecem notadamente, ao compor uma agenda, se estão vinculadas a um problema importante que contrarie, de algum modo, valores comuns.

Política: a segunda explicação da alta ou baixa incidência dos temas na agenda se encontra na corrente política. Independentemente do reconhecimento de problemas ou do desenvolvimento de propostas de política, os eventos políticos fluem de acordo com uma dinâmica e regras próprias. Os atores percebem mudanças no clima político nacional, as eleições levam novas administrações ao poder e novas configurações partidárias ou ideológicas ao Congresso, e os diversos grupos de pressão impõem (ou falham em impor) suas demandas ao governo.

Participantes visíveis: em terceiro lugar, influem na formação da agenda os participantes visíveis que recebem uma pressão considerável e atenção pública, incluem o presidente da República, funcionários do alto escalão, membros do Congresso, meios de comunicação e atores relacionados aos processos eleitorais como os partidos políticos e diretores de campanhas.



decisões autorizadas mediante mecanismos formais (leis, decretos, medidas provisórias, resoluções), delegam-se mandatos que geram obrigações e direitos e se destinam recursos, fazendo uso da autoridade pública.

A partir da narração dos eventos relacionados ao episódio, quatro perguntas centrais de pesquisa deverão ser respondidas:

- Como e a partir de qual período, o tema das DCNT entrou na agenda do governo brasileiro?
- Quais as alternativas de soluções propostas pelos diversos atores governamentais para o problema da prevenção e controle das DCNT?
- Quais foram as opções de políticas, programas e ações selecionadas para o enfrentamento do problema?
- Por que determinadas alternativas de soluções, via políticas, programas e/ou ações foram privilegiadas?

Procedimentos metodológicos



Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, visando compreender as interpretações dos atores sobre os processos de formulação de políticas públicas de promoção da saúde, que possam contribuir para a formulação de uma política integrada no campo da vigilância, prevenção, controle de DCNT.

O método utilizado foi o *estudo de caso comparativo entre as unidades de análise empíricas* selecionadas pelos membros do Observatório de Políticas, ou seja: a) prevenção de tabagismo; b) promoção de atividade física; c) atenção a diabetes e hipertensão; d) Política Nacional de Alimentação e Nutrição; e) vigilância de DCNT. Neste relatório apresentamos, os resultados de um único caso (Política Nacional de Alimentação e Nutrição), haja vista que os outros eixos do desenho da pesquisa foram posteriores, conforme cronograma do Observatório de Políticas, estudo de caso do Brasil.

A escolha dessas unidades de análise se justifica por serem aquelas com mais possibilidades de contribuir para a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), diante da realidade do País.

Para Yin (2005), “em geral, os estudos de caso são importantes quando se quer responder questões do tipo “como” e “por quê”, em situações em que o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real”, especialmente quando os “limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

Unidade de análise: Política Nacional de Alimentação e Nutrição

Como o método definido foi o estudo de caso, o estabelecimento da unidade de análise corresponde à própria definição do “caso” a ser estudado (YIN, 1984, apud ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSJNAJDER, 1998).

A escolha da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – (PNAN), como unidade de análise para estudo comparativo se deve a vários aspectos: i) ela se constitui em diretriz do Governo Federal, com caráter multissetorial, de responsabilidade do Ministério da Saúde, em intersectorialidade com os Ministérios de Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome,



Ministério da Educação, entre outros; ii) a PNAN possui coerência com objetivos nacionais relativos às DCNT; iii) trata-se de uma política setorial que possui abrangência nacional; iv) ela envolve um dos principais fatores de proteção das DCNT, ou seja: a promoção da alimentação saudável; v) a PNAN possui um componente de intersectoralidade com outras políticas públicas de governo, o que lhe garante um potencial de universalidade.

Em junho de 1999, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 710, aprovou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, integrante da Política Nacional de Saúde, inserindo-se ao mesmo tempo, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (SAÚDE, 2003).

A formulação da PNAN foi coordenada pela, então, Secretaria de Políticas de Saúde e contou com a participação de diferentes setores do governo, segmentos da sociedade e especialistas no assunto, tendo sido submetida à apreciação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde.

A PNAN, juntamente com outras iniciativas governamentais, é parte integrante do “conjunto das políticas do governo voltadas à concretização do direito humano universal à alimentação e nutrição adequadas” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 17).

Para o alcance de seus propósitos, foram definidas como diretrizes político-institucionais da PNAN (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, P. 19):

- estímulo às ações intersectoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;
- garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços nesse contexto;
- monitoramento da situação alimentar e nutricional do país;
- promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis;
- prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição;
- promoção do desenvolvimento de linhas de pesquisa;
- desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

As perguntas de pesquisa que orientaram a análise dos processos de formulação da PNAN foram as seguintes:

- Quais os contextos sociais, institucionais e políticos que viabilizaram o processo de formulação da PNAN?
- Como, no âmbito da PNAN, a prevenção das DCNT entrou na agenda pública?
- A partir de quais problemas de saúde coletiva?
- Quais as alternativas de solução propostas pelos diversos atores governamentais e não-governamentais para enfrentamento do problema?



Coleta de dados

Para responder às questões de fundo e aos objetivos da pesquisa foram usados fontes de dados primários e secundários.

Dados secundários

Foram levantados dados secundários sobre a dimensão dos problemas relacionados aos cinco eixos e unidades de análise, tais como:

- Leis que criaram e regulamentaram as ações e programas objeto de análise;
- Decretos presidenciais, portarias; planos, boletins, relatórios expedidos pelos órgãos governamentais competentes;
- Publicações de organismos internacionais;
- Artigos de jornais de circulação nacional;
- Discursos, relatórios, pareceres;
- Atas de reuniões interministeriais e intra-ministeriais, grupos de trabalho;
- Memórias de eventos realizados;
- Outros.

Dados primários

Foram realizadas 16 entrevistas semi-estruturadas com atores-chave, a partir de guia de entrevista (anexo 2), utilizando-se os seguintes critérios de seleção:

- Indicação dos participantes do Observatório de Políticas sobre doenças crônicas não transmissíveis;
- Gestores públicos que participaram do processo de formulação da PNAN em vários setores da política pública;
- Especialistas e acadêmicos da área de alimentação e nutrição;
- Especialistas em alimentação e nutrição com experiência comprovada em formulação de programas e ações de alimentação e nutrição.

Os atores-chave indicados pelo Observatório de Políticas sobre doenças crônicas não transmissíveis do Brasil, fizeram ou ainda fazem parte das seguintes instituições governamentais: Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN/MS); Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT/MS); Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA/MP); Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/MS); Ministério da Ciência e Tecnologia; Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP); Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade de São Paulo (USP). Foram também entrevistados um técnico da Organização Mundial da Saúde (OMS/Genebra) e um informante-chave ligado à organização não governamental denominada Associação Brasileira de Alimentação e Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH).



A realização de entrevistas com atores governamentais e não-governamentais, envolvidos nas etapas de formação da agenda pública e formulação das ações/programas, permitiu a reconstituição do processo e a movimentação dos atores, bem como suas motivações e interesses no campo da alimentação e nutrição no Brasil.

As entrevistas foram realizadas por uma equipe de quatro pesquisadores assistentes, vinculados ao grupo de pesquisa da pesquisadora responsável. Os entrevistadores foram treinados sobre os aspectos éticos, teóricos e metodológicos dos procedimentos de coleta de dados em pesquisa qualitativa, principalmente no que concerne à relação entre o entrevistador e o entrevistado, a relação de reciprocidade, os momentos de compreensão e de explicação tanto do sujeito quanto do entrevistador sobre os objetos das interpretações.

Tendo em vista o cumprimento da resolução da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde, o processo foi devidamente encaminhado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - MS para a instância de regulação. Dessa forma, a cada informante-chave convidado a participar da pesquisa foi solicitado assinar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE), conforme recomenda as normas da CONEP/MS (Anexo 3). Ainda com relação aos aspectos éticos da pesquisa, cabe destacar que omitimos os nomes dos entrevistados para resguardar suas identidades, como é corrente em pesquisas de natureza qualitativa.

Organização e sistematização dos discursos/narrativas dos informantes-chave

A metodologia qualitativa coloca algumas questões-chave no decorrer da construção do objeto de estudo e das mediações teórico-metodológicas selecionadas, dentre elas: como, por meio das entrevistas abertas, do conjunto do corpo discursivo de diferentes atores sociais envolvidos no fenômeno da prevenção das DCNT poderemos responder às questões de fundo que circunscrevem o objeto da pesquisa? Como interpretar o significado das experiências e das práticas dos sujeitos pelo viés das entrevistas abertas? Como as subjetividades, inerente aos sujeitos, podem ser considerados conhecimentos científicos?

Para captar a complexidade dos processos de formulação de políticas, programas e projetos de prevenção das DCNT foi necessário transcrever totalmente as entrevistas gravadas, guardando a unidade das narrações e preservando o contexto no qual o discurso é produzido. Esses dois elementos têm um significado particular tanto para os sujeitos como para o pesquisador.

A interpretação dos dados qualitativos, coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, desenvolveu-se por etapas, a partir do método da “análise de conteúdo” desenvolvido por Bardin (1979). Trata-se de um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter o significado dos conteúdos enunciados pelos entrevistados, em suas entrelinhas, seus ditos e não ditos, ou seja, os significados manifestos e latentes, a partir de material qualitativo. A partir dos objetivos da pesquisa e da seleção da técnica de análise de conteúdo temático, (busca do tema e significados mais recorrentes nas falas dos entrevistados), realizamos os seguintes procedimentos de análise dos dados primários:



1. transcrição completa das entrevistas gravadas, objetivando a pré-análise do conteúdo;
2. constituição do corpus e preservação do corpo discursivo: objetiva resguardar o contexto e a unidade das entrevistas. Esta etapa consistiu no agrupamento das entrevistas, visando a estruturação das narrativas, segundo os objetivos e eixos qualitativos da pesquisa e as dimensões do guia da entrevista. Nesta etapa foram relacionadas categorias de análise, cada uma correspondendo a uma questão do guia de entrevista (anexo 2). Trata-se da fase de organização do material (MINAYO, 1996), visando responder a algumas normas de validade como: a) exaustividade (se o corpus representa todos os aspectos do guia de entrevista); b) representatividade (se o corpus contém a representatividade do conjunto de falas dos atores); c) pertinência (os dados analisados devem ser adequados ao objetivo da pesquisa).
3. Interpretação dos dados a partir do quadro analítico (*framework*) elaborado pelo Observatório de Políticas, conforme demonstraremos no próximo item.

Estrutura para a análise do desenvolvimento da Política Nacional de Alimentação e Nutrição

O Centro Colaborador do Canadá, com a contribuição das equipes do Brasil e da Costa Rica, elaboraram, no período de janeiro a novembro de 2005, o quadro de análise, visando subsidiar a análise das políticas públicas selecionadas para estudo do Observatório. Foram construídas cinco categorias de fatores interligados entre si: contexto, idéias, instituições, interesses e instrumentos de política (CLOTTEY, 2005), conforme o diagrama a seguir:





Contexto

O contexto se refere ao ambiente externo do processo de formulação da política do qual emergem situações, informações ou pressões. As influências podem ser internacionais, nacionais ou regionais, de cunho político, social ou econômico e muitas delas fogem ao controle dos formuladores de políticas. Constatações de estados de saúde precários ou alarmantes na população ou epidemias e previsões de pandemias influenciaram recentemente uma reconsideração séria da política de saúde pública em muitos países, com vistas a lidar com doenças transmissíveis e também com as crônicas não transmissíveis.

O enfoque, portanto, deve ser dado aos processos de formulação da PNAN, no Brasil, valorizando a estrutura e os contextos políticos, econômicos, sociais e culturais. No guia de entrevistas brasileiro, a questão-chave para captar os contextos é a seguinte: “Em sua opinião, quais fatores (econômicos, sociais e políticos) nacionais e internacionais, influenciaram a colocação da alimentação e nutrição na agenda pública e a formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, em 1999”?

Ideias

São preferências de valores dos atores governamentais e não governamentais envolvidos no processo de formulação da PNAN. O guia de entrevistas brasileiro priorizou as seguintes questões; a) em sua opinião, em que momento o problema relativo à alimentação e nutrição passou a fazer parte da agenda pública brasileira? B) quais foram os atores que contribuíram, de alguma forma, para a formação da agenda e, conseqüente, formulação da PNAN? C) dentre os atores envolvidos e as alternativas de solução houve alguma reivindicação ou setor que não foi atendido?

Interesses

A análise dos processos de formação da agenda e formulação de políticas públicas, que priorizam interesses e conflitos, busca captar a influência dos grupos de pressão, das redes de interações entre os principais atores do processo; a capacidade de argumentação, negociação de interesses e conflitos que convergem para a escolha de uma determinada alternativa de solução, em contextos econômicos, políticos, institucionais e sociais específicos. Três questões foram destacadas, no guia de entrevista brasileiro, com o objetivo de captar os interesses e disputas dos atores no campo da alimentação e nutrição: a) outros setores de políticas públicas, além do setor saúde, participaram dos debates relacionados à formulação da PNAN. b) quais são as deficiências da PNAN, para a prevenção e controle das DCNT. c) quais são os méritos da PNAN para a vigilância, prevenção e controle integrado de DCNT?

Instituições

Trata-se de captar como as instituições governamentais e não governamentais, com mandatos, lideranças, estruturas formais de tomada de decisão atuam no processo de formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Neste aspecto, o guia brasileiro de entrevistas destaca três questões relevantes: a) Que nível de prioridade foi dado às diretrizes de prevenção e controle das DCNT associadas à alimentação e nutrição? b) Antes da PNAN existiam programas, ações e serviços implementados com a finalidade de prevenir e controlar doenças crônicas não-transmissíveis? c) quais foram os resultados dos programas e ações?



Instrumentos de Políticas e Planos de Ação

O enfoque nos instrumentos de política e dos planos de ação se refere ao conjunto de leis, regulamentações, novos programas e serviços colocados em prática pelo governo para o desenvolvimento da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, no caso brasileiro. As questões de fundo que circunscrevem esse eixo de análise são: a) Quais os planos, programas e serviços foram formulados e colocados em prática pelo governo para tratar da questão da alimentação e nutrição, no período de 1999 a 2005? b) Que fatores ou condições políticas, econômicas e sociais influenciaram a escolha dos instrumentos e planos de ação?

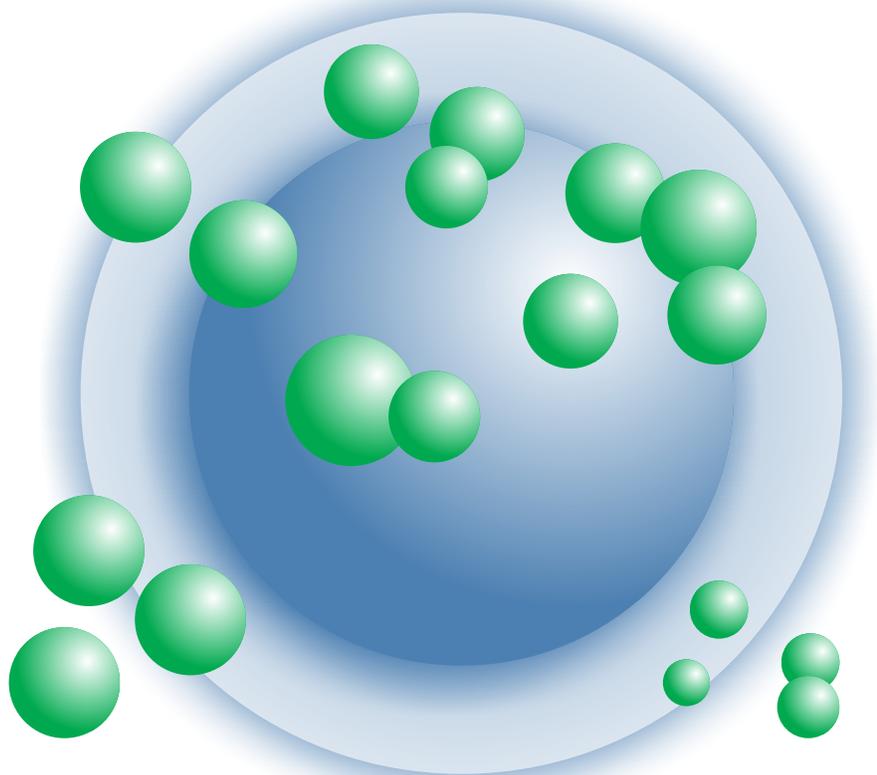
Interesses, ideias, instituições e a formação de “comunidades de políticas públicas”

No âmbito do Estado existem setores e sub-setores que concorrem ao processo de elaboração e implementação de políticas públicas em relação com grupos da sociedade civil, formando-se por sua vez, redes de políticas, na concepção de Merrien (2000).

Segundo o autor, a utilização da noção de rede revela um movimento dialético entre o Estado e a sociedade civil interessados em formular e implementar políticas públicas em um campo de intervenção específico, ou seja, não existem dois blocos monolíticos, mas setores e sub-setores do bloco do Estado e do bloco da sociedade civil e, entre esses, podem existir redes mais ou menos institucionalizadas, revelando a existência de comunidades de políticas públicas.

As comunidades de políticas públicas, ainda segundo Merrien (2001, p.65) são constituídas de atores que possuem um interesse direto ou indireto por um objeto de política: por exemplo, a saúde, a previdência social, a educação, a agricultura, a alimentação e nutrição, entre outros. Os membros de uma comunidade de políticas públicas não são, necessariamente, organizados em redes, mesmo que algumas existam. Assim, é necessário distinguir as “redes de políticas públicas” compostas por membros de uma ou várias comunidades de políticas públicas que se interagem na disputa por idéias e interesses por um objeto de políticas públicas em um campo específico. As comunidades de políticas possuem interesses comuns por certos problemas e defendem alternativas de soluções aos problemas de acordo com suas idéias, valores, instituições e estratégias. Elas se conhecem e instituem entre si uma forma de colaboração para poder obter ganhos sobre os interesses que defendem e acabam por formar verdadeiras “comunidades epistêmicas”, com linguagem particular de interpretação dos problemas, objeto da política pública, a formação da agenda e as alternativas de solução.

Com base nesta definição conceitual de comunidade de políticas públicas, utilizaremos o diagrama de bolhas (VOGEL, 2005), para identificar as idéias, interesses e instituições na formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, no Brasil.



Fontes de dados complementares

As análises e interpretações foram complementadas com outras fontes de dados:

- Registro de seminários realizados em Brasília, entre outubro de 2004 a agosto de 2005, com o objetivo de acompanhar a discussão política e técnica de estruturação do Observatório de Políticas de Prevenção das DCNT no Brasil;
- Pesquisa bibliográfica no âmbito das ciências da saúde e sociais, em torno dos aspectos teóricos, conceituais e metodológicos que envolvem o objeto de estudo. O levantamento da literatura perpassa todas as etapas da pesquisa.

Antecedentes históricos referentes aos processos de formulação e implementação de ações de enfrentamento dos problemas relacionados à alimentação e nutrição no Brasil



Da fome como questão social à abordagem técnico científica da fome (1930-1984)

A questão da alimentação e nutrição no Brasil entrou para a agenda pública brasileira em várias conjunturas política, econômica e histórica. O primeiro momento em que podemos considerar que a questão começou a ser discutida, como uma necessidade, foi com a publicação, em 1946, da primeira edição da publicação Geografia da Fome (CASTRO, 1946), de autoria do cientista, médico, professor e político Josué de Castro. A obra marca o início das denúncias acerca desse grave flagelo brasileiro e adverte que a questão da fome não só é um fenômeno biológico, mas também social.

Conforme explicita Arruda (2005), na década de 1930, foi realizado a pesquisa sobre as “condições de vida das classes operárias”, coordenada por Josué de Castro, sob os auspícios do Departamento de Saúde Pública do Estado de Pernambuco.

Um entrevistado diz que a questão da alimentação e nutrição entrou para a agenda pública brasileira entre 1938 / 1940, quando foi definido o salário mínimo, em grande parte por influência de Josué de Castro, contemplando no orçamento básico de uma família cinquenta por cento dos gastos para a área de alimentação, suficiente na época para a compra de 12 alimentos.

“Eu creio que esse [criação do salário mínimo] foi o primeiro ponto. Pouco depois, criou-se a chamada Merenda Escolar no Brasil e foram tomadas algumas iniciativas isoladas de caráter muito piloto, de problemas pontuais, para combater a anemia. Então, acho que, historicamente, em grande estilo, o Brasil inaugurou a política de alimentação e nutrição com a legislação que estabeleceu o salário mínimo”.

Bonfim (2004) procurou resgatar em seu estudo sobre as políticas públicas relacionadas à fome no Brasil, o caminho percorrido pelas ações governamentais.

O projeto de nutrição social no Estado brasileiro – apesar de não se constituir em planos formais, mas em tentativas isoladas, até 1973 com o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), surge em



decorrência do re-planejamento da ordem econômica entre os anos 30 e 40, quando a economia brasileira se reorganiza da sua fase agro-exportadora para a fase urbano-industrial. O marco histórico das intervenções específicas na área de nutrição no Brasil foi a década de 30. É nesse sentido que Escoda (1983) observa:

“(...) Desde o governo Vargas, num contexto populista, iniciam-se experiências de políticas sociais nesse setor, podendo-se destacar, a título de exemplo, a preocupação explícita do Estado com as necessidades alimentares do ‘trabalhador adulto’ que se expressa sob a forma de Decreto-Lei n° 399, de 30 de abril de 1938”.

A pesquisa histórica feita por Vasconcelos (2005), enfatiza três períodos-chave na construção da agenda pública e de políticas públicas sobre a questão da alimentação e nutrição. O primeiro período – 1930 até 1963 – corresponde ao período de emergência das políticas sociais relacionadas ao tema, aqui a maior influência é vinculada aos estudos de Josué de Castro. O segundo período – 1964 até – 1984 corresponde às tentativas de incorporação das técnicas de planejamento nutricional e econômico, conduzidas pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e o terceiro período – 1985 até 2003 (período de estudo delimitado pelo autor) tem sido vinculado às tentativas de democratização e modernização da sociedade brasileira, bem como de buscas de alternativas.

Entre 1940 e 1967, época em que o país, instado ao crescimento pela via exemplar de países que emergiam de profundas mudanças estruturais e econômicas advindas do pós-guerra, foi necessário, a fim de dar cabo à teoria desenvolvimentista da época, promover planos que objetivassem a melhoria nutricional da população. Dessa forma, o Governo Federal criou o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), pelo Decreto-Lei n°. 2.478, em 5 de agosto de 1940, o qual visava, primordialmente, assegurar condições favoráveis e higiênicas à alimentação dos segurados dos institutos e caixas de aposentadorias e pensões subordinados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Durante sua vigência, promoveu as seguintes ações:

1. Instalação dos primeiros restaurantes populares no Rio de Janeiro, São Paulo e em outras cidades, cuja finalidade era oferecer, aos trabalhadores urbanos, alimentação equilibrada e de baixo custo;
2. Criou postos de subsistência destinados à comercialização de gêneros de primeira necessidade, com custos subsidiados.
3. Implementou ações educativas para a formação de hábitos alimentares saudáveis e melhoria do estado nutricional da população;
4. Promoveu cursos de treinamento, formação de recursos humanos e a realização de estudos e pesquisas nesse campo. (VASCONCELOS, 2005).

Dos governos posteriores a 1940, ano de criação do SAPS, Gaspar Dutra (1946-1950), com a implantação do Plano SALTE (saúde, alimentação, transporte e energia), o retorno do populismo de Getúlio Vargas (1951-1954), o Plano de Metas de Juscelino Kubitschek



(1955-1960) e as reformas de base de João Goulart (1961 - março de 1964), a questão da intervenção estatal em alimentação e nutrição se materializou pela continuidade das ações do SAPS, da criação, em 1954, do embrião do atual Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e do início dos programas de assistência nutricional às gestantes, nutrizes e crianças menores de cinco anos de idade desenvolvidos pela Comissão Nacional de Alimentação (CNA), alocado no Ministério da Saúde.

Esses programas estiveram intimamente articulados às organizações internacionais e aos programas internacionais de ajuda alimentar criados após a Segunda Guerra Mundial.

No início dos anos sessenta, surge no Rio Grande do Norte uma linha de programas de nutrição de caráter estadual. Trata-se do Plano Integrado de Alimentação e Nutrição, o qual lançou a estrutura da multisetorialidade em planejamento nutricional, com componentes iguais de saúde, educação e produção de alimentos em sua programação. Esse programa obteve um largo espaço na tônica do populismo de então e teve como reforço da vertente educacional, o método de Paulo Freire, a cargo da Fundação Nacional de Serviços de Saúde Pública (FSESP), em convênio com as secretarias de saúde e agricultura do estado.

A experiência brasileira em programas oficiais de alimentação e nutrição de caráter nacional pode ser destacada nas seguintes experiências:

- SAPS (Serviço de Abastecimento da Previdência Social) surgiu, em 1955, no governo Café Filho. Promoveu o abastecimento básico de alimentos aos previdenciários a baixo custo e contribuiu na formação de recursos humanos em nutrição, com a promoção de cursos de dietistas, no Rio de Janeiro. A partir de 26 de setembro de 1962, pela Lei delegada nº 6, o SAPS foi transformado na Companhia Brasileira de Alimentos (COBAL), empresa que exercia atividade de abastecimento de “baixo custo” por meio de supermercados destinados à população em geral.
- O SNME (Serviço Nacional de Merenda Escolar), criado pelo Decreto nº 37.106, de 31/03/1955, ainda no governo Café Filho, fazia a suplementação da alimentação escolar, inicialmente por meio da doação de alimentos do excedente da produção americana - a Lei nº 480, de 1954 (Agricultural Trade Development and Assistance Act) estabeleceu as normas para tais excedentes. Em 1974, o congresso americano suspende essas doações com o argumento de que o Brasil já produzia o suficiente para si, inclusive ganhando daquele país uma concorrência de exportação de soja. A partir de então, os alimentos destinados à merenda escolar passaram a ser, supostamente, de origem nacional. Em 1967, o SNME passou a se chamar CNAE (Companhia Nacional de Alimentação Escolar), a qual continuava a desenvolver em caráter permanente a suplementação alimentar de escolares. Todavia, a CNAE transformou-se, em dezembro de 1981, no Instituto Nacional de Assistência ao Educando (INAE), o qual incorporou a mesma atividade de então, por intermédio do CNAE que compunha a linha de suplementação alimentar do PRONAN.
- Criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) em 1972, durante o governo Médici (1970/1974), com o objetivo de assessorar o governo na formulação da política de alimentação e nutrição. Esse órgão foi criado pela Lei nº 5.929, de 30 de novembro de 1972, transformando-se em autarquia vinculada ao Ministério da Saúde,



pele Decreto nº 73.996, de 30 de abril de 1973, funcionando como órgão central de apoio e coordenação nessa área.

Em síntese, do início da década de 40 até os primeiros anos da década de 60, verificaram-se avanços no sentido de uma concepção mais abrangente em relação à questão alimentar.

Com os regimes autoritários instaurados a partir de 1964, o discurso contestatório da corrente social da nutrição é substituído pela abordagem técnico-científica, justificada pelo binômio racionalidade/eficiência. De fato, nos períodos 1964-1966 - Plano de Ação Econômica (PAE); 1967-69 - Plano Estratégico de Desenvolvimento (PED); 1970-72 - Plano de Metas e Bases para Ação do Governo, a alimentação deixa de ser considerada item específico, sendo tratada como problema relacionado ao setor saúde.

O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e seus respectivos programas e ações (1972-1984)

Em 1972, realizou-se em Santiago do Chile a III Reunião Especial dos Ministros da Saúde das Américas, com o objetivo de efetuar mudanças na condução das políticas sociais na América Latina, cujo resultado foi a elaboração do Plano Decenal das Américas. Na ocasião, o governo brasileiro se comprometeu a estabelecer as linhas principais da Política de Alimentação e Nutrição. O Plano Decenal das Américas significou uma conjuntura política favorável para colocar o tema da alimentação e nutrição no contexto da área de saúde.

Em decorrência das diretrizes do Plano Decenal das Américas sobre Alimentação e Nutrição, foi criado o INAN como autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, em substituição à Comissão Nacional de Alimentação.

O INAN formalizou e pautou a alimentação e nutrição em termos institucionais, haja vista que estudos à época (ENDEF e PNSN) mostraram altos índices de mortalidade infantil e desnutrição no Brasil. Dentre os objetivos da criação do INAN destacam-se: i) assistir o governo na formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN; ii) elaborar e propor o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PRONAN; iii) promover a execução do PRONAN; iv) supervisionar a implementação do PRONAN; v) avaliar periodicamente os resultados obtidos; vi) funcionar como órgão central das atividades de alimentação e nutrição no País; vii) agir como agência de desenvolvimento e segurança nacional, familiarmente, rompendo com os sistemas internacionais puramente distributivos de alimentação, que colocavam em perigo a segurança nacional.

Em 1973, foi criado o PRONAN, pelo Decreto-Lei nº 72.034, com vigência até 1974. Tratava-se de um conjunto de 12 subprogramas integrantes das diversas estruturas governamentais em âmbito federal.

Segundo DINIZ (1988, pp. 14-15), os principais programas e projetos realizados pelo PRONAN foram os seguintes: a) Programa de Complementação Alimentar; b) Programa de Nutrição e Saúde, posteriormente denominado Programa de Suplementação Alimentar; c) Programa da Racionalização da Produção e Comercialização de Alimentos, que congregava três projetos específicos, a saber: 1) Programa de Alimentação do



Trabalhador (PAT); 2) Programa Nacional de Alimentação Escolar (alimentação aos pré-escolares e escolares do primeiro grau); 3) Programa de Atendimento ao Pré-Escolar, que suplementava a alimentação de crianças na faixa etária de quatro a seis anos.

A lógica do PRONAN era a de que a suplementação alimentar seria considerada transitória e uma proteção específica aos grupos populacionais mais vulneráveis e ainda apoio ao pequeno produtor. Essa seria a grande atuação do programa, posto que 70% da produção de alimentos básicos no Brasil eram produzidos, naquela época, por esses trabalhadores, os quais teriam a garantia da compra e da comercialização antecipadas dos seus produtos pela antiga COBAL, a qual repassaria os excedentes para a linha de suplementação.

Outra linha do PRONAN criava mecanismos de incentivo à alimentação do trabalhador nas indústrias e, posteriormente, aos “bóias-frias” do campo. Numa quarta linha, desenvolveria atividades no campo da tecnologia para o enriquecimento de alimentos básicos, como medidas de proteção específicas no combate às carências nutricionais de grande prevalência e incentivos à pesquisa nutricional na investigação das características do problema nutricional brasileiro e suas alternativas.

Uma evidência empírica importante na determinação da natureza do PRONAN se refere ao Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), realizado em 74/75. Essa pesquisa foi realizada com o objetivo de traçar o perfil nutricional e fazer o mapeamento da desnutrição infantil. Trata-se, portanto, do primeiro inquérito alimentar e nutricional da população brasileira, apontando, entre outros, os seguintes resultados:

“67% da população brasileira possuíam consumo energético inferior às necessidades mínimas estipuladas pela FAO; a dieta brasileira, mesmo quando deficiente em termos energéticos, era equilibrada em relação aos demais nutrientes; 46,1% das crianças menores de cinco anos (56,5% na Região Nordeste e 38,6% no Sul e Sudeste) e 24,3% de indivíduos na fase adulta apresentavam desnutrição energético-protéica (Cf. MOISÉS, 2001)”.

Em 1975, inaugura-se uma nova gestão administrativa do INAN, que decidiu realizar um convênio entre o INAN e o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada - IPEA constituindo-se equipe técnica para realizar estudos no campo da alimentação e nutrição e definir o II PRONAN – concebido como diretriz do II Plano Nacional de desenvolvimento (II PND), no intuito de reformular a visão e a atuação governamental no campo social, a partir de três princípios: i) igualdade hierárquica entre o desenvolvimento social e o econômico; ii) especial atenção para os grupos de baixa renda; iii) responsabilidade compartilhada entre a área social e a área econômica na solução dos problemas sociais.

Em 1974, com o II PND, a saúde pública brasileira dá um grande salto na busca de sua reorganização acompanhando o processo de modernização do país. O INAN desenvolveu programas específicos de alimentação e nutrição, PRONAN I e o PRONAN II, que renunciavam, de alguma forma, a criação de uma política nacional para o setor.



Assim, conforme depoimento de um informante-chave,

“desde 74, o Brasil passou a ter formalmente uma política de alimentação e nutrição que se configurou no II PRONAN, aliás, um dado curioso é que existiu um II PRONAN praticamente sem ter o primeiro, uma das coisas da nossa realidade”.

Era o contexto de uma conjuntura econômica em que o Brasil (1974/1975) tinha um progresso econômico considerável e, ao mesmo tempo, um quadro social terrivelmente adverso. Então, por razões políticas, inclusive de ordem externa, o Banco Mundial concedeu empréstimo ao Brasil e dentro desse empréstimo existia, explicitamente, um compromisso de trabalhar as questões sociais, a mortalidade infantil e a desnutrição, ambas com prevalência muito alta, como revelaram os estudos de 74/ 75.

Com base nessa exigência de organismos internacionais e devido à crise social do país e a necessidade de legitimação do governo militar, dentro da área de saúde foi criada uma instituição, o INAN que dava conta, embora fosse um órgão setorial da área de saúde de uma abordagem multifatorial, interdisciplinar envolvendo os vários ministérios que seria a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Mesmo porque, segundo um informante-chave,

“o INAN, na estrutura do Ministério da Saúde era como um corpo estranho, razão pela qual se decidiu criar uma Política Nacional de Alimentação e Nutrição, como uma justificativa para o próprio órgão e como uma forma de institucionalizar um compromisso que não deveria ser apenas do setor de saúde”.

Já na década de 70, foi feito um grande esforço no sentido de se renovar o quadro técnico governamental com capacitação de novos cérebros para o aprofundamento das questões da saúde humana.

Em 1976, o grupo de técnicos do setor da Saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos (CNRH), do IPEA foi encarregado de elaborar o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, em sua segunda versão, cujo principal objetivo era o fortalecimento do pequeno e médio produtor e o desenvolvimento de regiões economicamente precárias. Assim, o PRONAN refletiu uma tentativa de redirecionar a atenção de saúde para práticas de caráter preventivo de maior eficácia e conteúdo social, atuando nos grupos pobres, porém com ampla abrangência aos diferentes grupos etários. De acordo com Kruse, (2004), os pressupostos do II PRONAN foram:

1. Priorização dos usuários a partir da variável renda (renda familiar de até dois salários mínimos);
2. Priorização de segmentos com faixa etária mais vulnerável às agressões das deficiências nutricionais (crianças, gestantes e nutrízes);
3. Preferência por alimentos tradicionais;
4. Estimulo aos pequenos e médios produtores rurais;
5. Prioridade de atuação na Região Nordeste do País.



Diniz (2001) afirma que se tratava de uma proposta de governo muito abrangente e que deveria ser respaldada em ação coordenada de várias políticas setoriais, e não apenas as tradicionais áreas de alimentação e nutrição, como a saúde e a educação.

No entendimento de Malaquias Batista e Barbosa (1985, apud DINIZ, 2001), as funções estratégicas do conjunto de programas e projetos do PRONAN não foram respaldadas pela política econômica vigente à época, além da falta de poder político do INAN para coordenação de uma política setorial abrangente no campo de alimentação e nutrição, nos moldes do PRONAN.

De fato, se formos analisar o período do governo militar, principalmente aquele que compreende o II PND, 1975 a 1978, verifica-se que há uma expansão das políticas sociais, devido à necessidade de legitimação do governo. A política social, no II PND, seria utilizada como estratégia de redistribuição de renda. Esta compreendia basicamente três setores: (1) Programa de Valorização de Recursos Humanos, tais como: educação, saúde, saneamento, nutrição, trabalho e treinamento profissional; (2) Integração Social - PIS, PASEP, Habitação e Previdência Social; (3) Desenvolvimento Social Urbano (PEREIRA & PAIVA, 1981).

Assim, nesse período, a política social se ampliou e foi acompanhada de programas e respectivas agências executoras, como demonstram Pereira e Paiva (1981), destacando-se: o Programa de Intermediação do Emprego (PIE), executado por meio do Sistema Nacional de Emprego (SINE) em 1975; Programa Nacional de Desenvolvimento de Comunidades Rurais (PRODECOR) em 1976; o Programa Nacional de Centros Sociais Urbanos (CSUs) em 1975; o PRONAN em 1976; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), no Nordeste, em 1976; o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) em 1977; o Programa de Atendimento ao Pré-Escolar e ao Ensino de 1º Grau; o Programa de Bem-Estar do Menor (PBEM) tendo, como base, as diretrizes da Política Nacional do Menor (PNM) em 1977, entre outros.

Em 1978, foi realizada, no Canadá, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, preconizando os oito elementos essenciais para alcançar saúde para todos: a) educação dos problemas de saúde prevalentes, prevenção e controle; b) promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; c) abastecimento de água e saneamento básico apropriados; d) atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; e) imunizações contra as principais doenças infecciosas; f) prevenção e controle de doenças endêmicas; g) tratamento apropriado das doenças comuns e dos acidentes; h) distribuição de medicamentos básicos.

Assim, na área de Alimentação e Nutrição, o III PRONAN, planejado para o período 1982-1985, prevendo medidas inovadoras como a criação de um Fundo Nacional de Alimentação e Nutrição e a transformação do INAN em empresa pública, não chegou a ser implantado: o PRONAN II foi mantido até 1990, quando foi praticamente extinto (SILVA, 1995).

No que tange à análise dos resultados alcançados pelos programas citados, infere-se que, por não terem ultrapassado a ação puramente assistencial, apresentaram um efeito perverso: contribuíram para a manutenção da pobreza, acirrando as desigualdades sociais, uma vez que não passaram de paliativos administrados por complexos tecno-



burocráticos comprometidos com a lógica de acumulação do produto social (PEREIRA, 1987, PEREIRA & PAIVA, 1981).

Corroborando a assertiva acima, Santos (1979) afirmava que a política social no Brasil, naquele período, era “inconsistente e segmentada”, uma vez que as políticas denominadas preventivas (salário, saúde, educação, saneamento básico) ao invés de solucionarem os problemas, colaboraram para intensificá-los, sendo necessário a aplicação de políticas compensatórias (previdência social, bem-estar do menor, suplementação alimentar, etc.) que, por sua vez, não conseguiam atender a todas as demandas, dada a magnitude dos problemas sociais.

Transição democrática e alimentação e nutrição no Brasil: o problema, a agenda e as alternativas de solução (1985-1989)

Feita essa breve incursão na trajetória histórica da política social nos períodos anteriores, indagamos: a partir de 1985, quais as funções da política social do Estado brasileiro no âmbito da abertura democrática? Qual o perfil e a natureza das ações no campo da alimentação e nutrição nesse período?

Não temos a intenção, nesta breve exposição, de abordar as tendências políticas, econômicas e sociais que resultaram na chamada Nova República. Enfocaremos, sobretudo algumas contradições desse processo em relação às políticas sociais e suas implicações para o acirramento das contradições dos anos 90, principalmente no campo da alimentação e nutrição.

No governo da Nova República, dava-se prioridade ao social, pelo menos aparentemente, como uma forma de resgatar a dívida social acumulada em duas décadas de governo militar, cuja ênfase era o crescimento econômico. A questão da cidadania, dos direitos jurídicos, políticos e sociais, o papel das políticas sociais como estratégia do enfrentamento da pobreza e redução das desigualdades sociais e a possível “compatibilidade entre capitalismo e democracia” (OFFE, 1984) foram a tônica dos debates.

Os documentos oficiais estabeleceram os seguintes objetivos para as políticas sociais: erradicar a pobreza absoluta, melhorar a distribuição da renda e reduzir as desigualdades sociais. A síntese desses objetivos foi expressa pela criação do Programa Prioridades Sociais para 1985, de caráter emergencial, cujos recursos foram alocados nas áreas de alimentação, educação, saúde pública, segurança, infra-estrutura urbana e habitação. O objetivo principal foi “viabilizar programas de natureza mais imediata, destinados a dar início ao esforço de combate à pobreza” (ABRANCHES, 1986, p. 84).

O Programa de Nutrição em Saúde (PNS), iniciado em 1975, se propunha a distribuir alimentos básicos - arroz, açúcar, feijão, fubá, farinha de mandioca e leite em pó - a gestantes, nutrizes e crianças de seis meses a sete anos de idade, em famílias de baixa renda com prioridade para as regiões mais pobres e suprimindo 45% das necessidades diárias (SILVA, 1995).

A partir de 1985, inclusive, o PNS passou a ser denominado Programa de Suplementação Alimentar (PSA), tendo como população a ser alcançada as gestantes, nutrizes e crianças



até quatro anos. Segundo Silva (1995), a meta do governo para 1986 era uma cobertura de 12 milhões de beneficiários, abrangendo todo o território nacional, com uma distribuição de 720.000 toneladas de alimentos e maior integração com ações em saúde, com a meta de redução de 40% na mortalidade infantil até 1990.

Os alimentos que compunham a cesta básica do PSA foram escolhidos com base na pesquisa de consumo alimentar realizado pelo ENDEF/FIBGE, em 1975, por meio do qual se constatou que os alimentos responsáveis por 80% do consumo entre as populações de baixa renda eram arroz, feijão, farinha de mandioca, fubá, leite e açúcar. A cesta básica era composta por arroz, feijão, leite e açúcar para todas as regiões, sendo que na Região Nordeste foi incluída a farinha de mandioca e o fubá nas Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul (DINIZ, 1988). O PSA começou a perder terreno a partir de 1987 e, em 1993, deu lugar ao Programa *Leite é Saúde* (SILVA, 1995).

No governo de José Sarney, ganharam destaque três programas na área de alimentação: a) Programa de Suplementação Alimentar (PSA), executado pelo Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN); b) Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes (PNLCC), executado pela Secretaria de Ação Comunitária (SEAC), da Presidência da República; c) Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), executado pela Fundação de Assistência ao Estudante (FAE).

Nos dois primeiros anos da Nova República, a intervenção estatal na área de alimentação e nutrição se apresentou, mais uma vez, como prioridade política. Assim, em 1985, foram lançados três instrumentos específicos de políticas sociais na área: o plano subsídio para ação imediata contra a fome e o desemprego; as prioridades sociais para 1985 e as prioridades sociais para 1986.

No entanto, como lembra Vasconcelos (2005), entre 1987 e 1989, com o resultado do impacto dos Planos Cruzado, Bresser e Verão observou-se, novamente, na economia esvaziamento técnico, financeiro e político dos programas de alimentação e nutrição.

Ao final da década de 80, cinco programas de alimentação e nutrição continuavam em funcionamento: Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE); Programa de Suplementação Alimentar (PSA), Programa de Complementação Alimentar (PCA); Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes (PNLCC) e Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). Além desses, continuavam os programas da linha de complementação e apoio coordenados pelo INAN.

O ano de 1986 foi o ano das mudanças políticas, econômicas e sociais do país, inclusive no campo da saúde pública, a partir dos resultados da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília-DF, por iniciativa do Ministério da Saúde.

Nesse evento, mais de quatro mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil, inclusive a conformação da saúde como um direito do cidadão, o que acabou sendo garantido na Constituição de 1988. Foi o evento-síntese do movimento denominado Reforma Sanitária Brasileira que nasceu da luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e se estruturou nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços (AROUCA, 1998).



A VIII Conferência é tida como um marco político para o movimento pela democratização da saúde, pelos esforços dedicados no que se refere à mobilização social pela problematização das questões acerca das temáticas relacionadas à saúde.

No final dos debates, conseguiu-se consenso quanto à necessidade de formulação de uma nova política de saúde, capaz de contribuir e fazer avançar a luta pela transformação do sistema, a partir da proposição de criação de um Sistema Único de Saúde pautado nos princípios da universalização, integralidade e descentralização, sob a coordenação do Estado mediante a participação social (RODRIGUES, 1995).

Um dos maiores feitos da VIII Conferência Nacional de Saúde foi defender a criação do Sistema Único de Saúde. Como disse Rodrigues (1995), a pauta do Movimento de Reforma Sanitária fundou-se nos princípios da descentralização, universalização e equidade do direito à saúde no âmbito do aparato público. A pauta de criação de um Sistema Único de Saúde foi uma demanda tendo em vista as críticas ao modelo de gestão das políticas de saúde na década de 1970, tais como: crise dos sistemas de saúde: Ineficácia, ineficiência, iniquidade e crise de credibilidade, em face da transição demográfico-epidemiológica: envelhecimento e mudança nos padrões nosológicos, medicalização, desenvolvimento tecnológico e explosão de custos e gastos (BUSS, 2005).

A centralização da política governamental do setor saúde, procedeu desvinculando-se da Previdência social e, ao mesmo tempo, regionalizando o gerenciamento da prestação de serviços, privilegiando o setor público e universalizando o atendimento. Por outro lado, afirmava-se um conceito ampliado de saúde, como resultante de condicionantes sociais, políticos e econômicos.

Dessa forma, os conselhos estaduais, com a participação de mais de quatro mil atores do Estado e da sociedade civil, estavam interessados em propor mudanças no campo da saúde pública. A VIII Conferência Nacional de Saúde significou um marco na história da política de saúde no Brasil, cuja finalidade foi propor critérios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde junto à Assembléia Nacional Constituinte. A referida Conferência teve como temário central: a) a saúde como direito inerente à cidadania; b) a reformulação do Sistema Nacional de Saúde em consonância com os princípios de universalização, participação e descentralização; c) a integração orgânico-institucional; d) a redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estados, territórios e municípios) na prestação de serviços de saúde; e) o financiamento do setor saúde.

Após o término da conferência, foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com o objetivo explícito de analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde, sugerindo opções para a nova estrutura organizacional do sistema; examinar os instrumentos de articulação entre os setores do governo que atuam na área de saúde e propor seu aperfeiçoamento; apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor, ajustando-os com precisão às necessidades dos segmentos da população a ser atendida.

A Assembleia Nacional Constituinte de 1988 é promulgada nesse cenário de ideias, valores, corrupção, conflitos e interesses por meio de correlação de forças sociais contraditórias, em clima de transição democrática.. A aprovação da nova Constituição Federal significou um avanço democrático no reordenamento jurídico, político e



institucional do país. O Estado, no texto constitucional, passa a denominar-se Estado Democrático de Direito, tendo os seguintes fundamentos: a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político (CF, 1997, Art. 1º). Os direitos sociais do cidadão são introduzidos no artigo 6º da Constituição Federal de 1988. Esses direitos se referem às políticas sociais, tais como saúde, alimentação, educação, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência social.

No bojo das políticas sociais, a grande conquista contida na Constituição de 1988 foi a instituição da Seguridade Social, formada pelo tripé saúde, previdência e assistência social que passa a ser direito do cidadão, não como “cidadania regulada”, a exemplo dos períodos anteriores, em que só era cidadão, no país, aquele que possuía uma ocupação definida e reconhecida em lei (SANTOS, 1979).

Na Constituição Federal, a Seguridade Social deveria ser organizada mediante os seguintes objetivos: universalização da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados (CF, 1997, art. 194, parágrafo único).

O princípio da descentralização político-administrativa perpassa a concepção e implementação das políticas sociais. Inicia-se, assim, um novo pacto federativo, no qual o Governo Federal é responsável pela coordenação das políticas sociais, cabendo aos estados e municípios sua execução. A participação da sociedade civil seria a tônica da condução desse processo, bem como o controle democrático sobre as ações do Estado no campo das políticas sociais. Segundo Pereira (1998, pp. 121-122), a efetivação dessa descentralização político-administrativa na execução das políticas sociais deve, efetivamente, permitir: “(a) a construção de novas práticas participativas; (b) a combinação de mecanismos de democracia representativa (mediante partidos, sindicatos, etc.), com mecanismos de democracia participativa (mediante conselhos, comissões, etc.), essencial à construção do espaço público almejado”. Dessa forma, foram instituídos os conselhos paritários, instrumentos de gestão e controle das políticas sociais, como os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, os Conselhos Tutelares, o Conselho Nacional de Assistência Social, os Conselhos de Saúde, em todos os níveis de governo, entre outros.

Os princípios da VIII Conferência de Saúde foram incorporados à Constituição Federal de 1988, de onde foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei 8080/1990. Cria-se, também, a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com o objetivo de elaborar e implantar uma Política de Segurança Alimentar (PSA), de iniciativa do Ministério do Planejamento.



Análise do processo de formulação da PNAN: contextos, ideias, interesses, instituições e instrumentos de política

Contextos político, econômico e social do processo de formulação da PNAN (1990-1999)

Várias décadas de pesquisa sobre os fatores que influenciam a saúde, ao longo dos anos, levaram os políticos a reconhecer como determinantes os vários fatores externos à saúde, como a composição genética, situação sociodemográfica, crenças culturais, condições ambientais, condições geográficas e econômicas em geral.

A solidez das pesquisas sobre os fatores determinantes da saúde influenciou o raciocínio prevalecente sobre políticas de saúde pública, por exemplo, os formuladores de políticas de saúde pública estão dando cada vez mais atenção ao desenvolvimento de processos de formulação de políticas que abordem as questões de grupos de pessoas vulneráveis ou marginalizados com problemas de saúde significativos e complexos relacionados a vários fatores determinantes.

Fatores ambientais como as tecnologias emergentes e mudanças no perfil demográfico da população também podem aumentar a conscientização sobre questões de saúde pública entre o público, os políticos e os formuladores de políticas. Esses fatores estão causando uma reconsideração gradual das implicações de uma sociedade em envelhecimento sobre os recursos. Uma vez que a vida das pessoas está ficando cada vez mais longa e saudável, as pressuposições sobre a natureza e a abrangência dos programas e serviços de saúde pública necessários ao atendimento da demanda da sociedade, na área de saúde, estão sendo contestados.

Esses fatores externos e muitos outros tiveram impacto sobre como os problemas relacionados às políticas de saúde pública são compreendidos. Os fatores também têm impacto sobre a combinação de instrumentos de formulação de políticas que os formuladores de políticas acreditam ser adequados para tratar dos problemas (WELLER, G.R, 1980); ANGUS, D. et al., 1995, EVANS, R.G. AND STODDART, G.I 1994).

No caso brasileiro, em 1989, o Ministério da Saúde realizou a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) que mostrou uma queda da desnutrição infantil quando comparada com o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF), da década de setenta. Apesar desses resultados, observaram-se diferenças entre as regiões brasileiras, onde as regiões Norte e Nordeste eram as mais atingidas pela desnutrição infantil. A partir desse trabalho e das denúncias que a própria evidência



física da desnutrição se apresentava à sociedade, naquele momento, realizou-se ampla movimentação em torno de se formular uma política nacional para o setor.

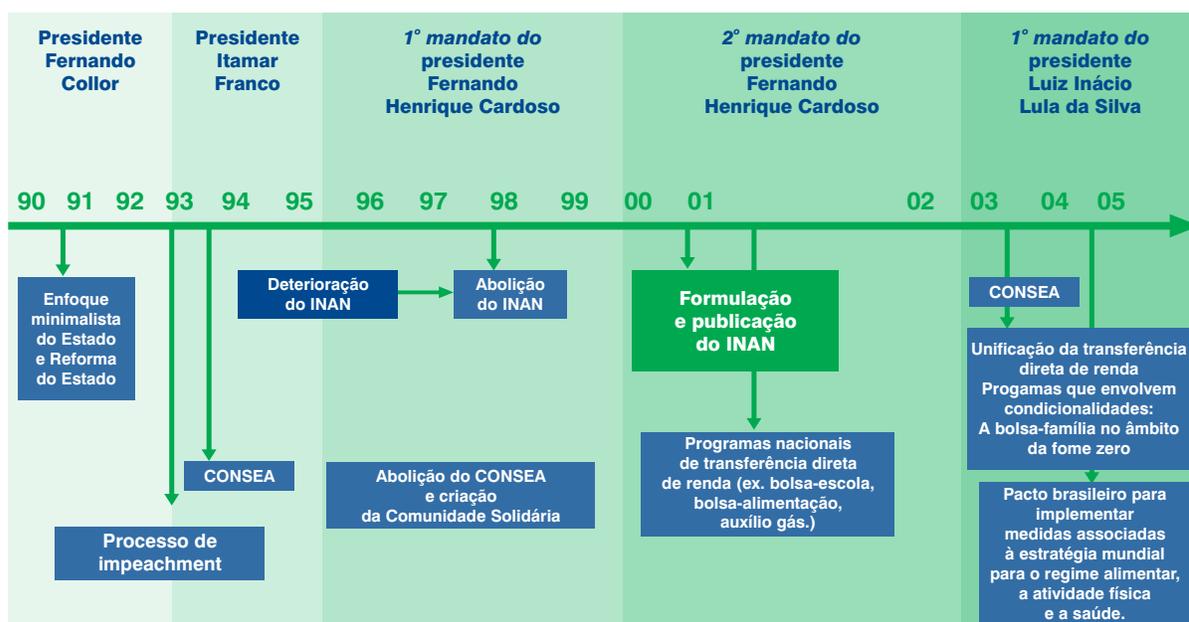
Frey (2000) argumenta que um dos componentes importantes da análise de políticas públicas se refere ao “ciclo de política”, haja vista o caráter temporal das políticas setoriais, como é o caso da PNAN.

As ações do Estado brasileiro, no campo da alimentação e nutrição vêm se modificando em termos de concepção e gestão, em seus processos de formulação e implementação, principalmente a partir da década de noventa.

Como vamos observar, por meio da análise de 1999-2005, as várias fases de formulação e implementação de estratégias de ação da PNAN, no período em questão, revelam “um modelo heurístico bastante interessante para a análise da vida de uma política pública” (FREY, 2000, p.226).

Como argumenta o autor, as várias fases correspondem a uma sequência de elementos do processo político-administrativo e podem ser investigadas no que diz respeito às constelações de poder, às redes políticas e sociais e as práticas político-administrativas que se encontram tipicamente em cada contexto, a seguir:

Contexto histórico da Formulação do PNAN



Governo Collor, reforma do Estado e programas de alimentação e nutrição

Em 1990 – ano que mudou a história do país – foi eleito democraticamente o primeiro presidente após a ditadura militar, instaurada no Brasil, desde 1964. Contraditoriamente, naquele governo, quanto mais o país avançava na consolidação da democracia, mais se caminhava em direção à implantação de ideias neoliberais de reforma do Estado. Discursos de estabilização econômica, modernização do Estado e da economia, conviviam com práticas de redução dos recursos financeiros, esvaziamento de programas sociais e extinção de órgãos públicos, (VASCONCELOS, 2005).



Fernando Collor de Mello foi eleito, sob forte influência dos meios de comunicação de massa. A inflação, mais de oitenta por cento ao mês, corroía o dinheiro do povo. Era preciso estancar esse mal. Amparado na credulidade do brasileiro e com o apoio incontestado de economistas renomados, Collor passou a ser o defensor do chamado “neoliberalismo”, anunciando privatizações e demissões de milhares de servidores públicos por todo o Brasil. A partir daí, muitas foram as dificuldades encontradas rumo à verdadeira democracia. A maturidade nacional ainda estava longe. O plano anunciado confiscou contas de poupança, contas correntes e aplicações financeiras.

No ano de 1991, a volta da inflação foi inexorável, a qual foi atacada com alta de juros e, conseqüentemente recessão, desaquecimento da economia, desemprego.

Em 1992, a imprensa denunciou um forte esquema de corrupção no governo. A sociedade civil se organiza e elabora o “Manifesto pela Ética na Política”, que consegue adesão em todos os estados da federação. A juventude brasileira encara o movimento denominado “cara-pintadas”, entrando na cena política. A indignação toma conta do País.

A Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) promove a caminhada histórica, em 1º de setembro de 1992, até ao Congresso Nacional levando o pedido de impeachment, ancorado em denúncias, cada vez mais contundentes, veiculadas amplamente na mídia nacional.

O presidente contra-ataca. Chama o povo às ruas. Em 16 de setembro de 1992, o povo o atende, mas com faixas, buzinas, passeatas e roupas pretas em protesto contra os desmandos do Executivo e do Congresso Nacional.

Em 29 de setembro daquele ano, instala-se a abertura do processo de impeachment do presidente, que é afastado do cargo. Assume o vice-presidente, Itamar Franco. O processo se arrasta por três meses. Em 29 de dezembro de 1992, durante julgamento no Senado Federal, Collor renuncia e é afastado do cargo com seus direitos políticos cassados por oito anos.

A área de alimentação e nutrição não ficou fora das reformas realizadas pela era Collor. Como observa Valente (2001), aquele governo reestruturou os órgãos e instrumentos de políticas ligados à saúde e nutrição, extinguindo programas de suplementação alimentar que eram destinados a crianças menores de cinco anos, e enfraquecendo outros, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar, o Programa de Alimentação do Trabalhador e o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição.

Ainda segundo Valente (2001), a única novidade positiva no período foi a iniciativa de utilização de estoques públicos de alimentos para programas de alimentação, uma reivindicação antiga de técnicos para reduzir as perdas dos estoques, originando o programa de distribuição de cestas básicas para a população atingida pela seca do Nordeste, em 1990. Inclusive, em março desse mesmo ano, foi nomeado presidente do INAN um representante da Associação Brasileira da Indústria de Nutrição (ABIN), em cuja gestão priorizou a substituição dos tradicionais alimentos básicos por produtos industrializados.



Grande parte dos documentos oficiais do período, entre 1990 e 1992, sobre programas de alimentação e nutrição, mesmo de administrações anteriores, foram destruídos, lembra um informante-chave, inclusive os dos programas de abastecimento alimentar, alimentação e nutrição e até mesmo os dirigidos ao grupo vulnerável de crianças menores de cinco anos. Outros foram gradativamente desativados e deixados em estado dormente, como foi o caso do Programa Nacional de Alimentação Escolar.

Contraditoriamente à extinção de vários programas sociais, na década de noventa, o governo Collor ratificou o texto da Convenção Internacional dos Direitos da Criança. No Plano Plurianual (1992-95), a criança e o adolescente figuram entre as 5 grandes prioridades do Governo. Não obstante, o que se assistiu, na prática, foi o esvaziamento dos programas sociais, particularmente de alimentação e nutrição, dirigidos ao grupo materno infantil. Os programas de alimentação e nutrição em passado recente representavam formas de minimizar a fome e a desnutrição, sobretudo entre as gestantes e crianças, porém esses têm sofrido esvaziamento progressivo, devido à alocação de recursos financeiros aquém das necessidades para o enfrentamento das metas anunciadas.

O PSA visava para gestantes, nutrizes e crianças de até 36 meses, de famílias com renda mensal de até dois salários mínimos. A meta do PSA era distribuir 378 mil toneladas/ano para 6.7 milhões de beneficiários, mas adquiriu apenas 60.401 e 36.484 toneladas de alimentos, respectivamente, nos anos 90 e 91.

O Programa de Apoio Nutricional (PAN) destinado ao atendimento de gestantes nutrizes e crianças de 6 a 36 meses, sofreu uma redução em sua cobertura da ordem de 45% quando comparado ao ano de 1978.

O Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes destinava-se às famílias com crianças menores de sete anos de idade, a cargo do Ministério da Ação Social, teve sua execução suspensa em 1991.

Ainda a partir do olhar de Escoda, Vilar e Begin (1992), aliados aos problemas de retração e recursos aplicados na área, esses programas jamais questionaram a reversibilidade da determinação social da fome e desnutrição. Ao longo do tempo, caracterizam-se pela baixa cobertura populacional e baixo impacto nutricional, sendo inclusive produtores da desigualdade regional e social. Esses programas tiveram mais coberturas em regiões mais desenvolvidas (Sul, Sudeste) em detrimento das regiões mais carentes (Norte, Nordeste). Além disso, as respostas imediatas e paliativas desses programas buscaram dar legitimidade ao estado/regime, em especial em períodos eleitorais ou de intensos movimentos sociais.

O quadro, a seguir, ilustra os componentes do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição vigentes, no período do governo Collor, de 1999 a 1992 (cf. SILVA, 1995).



Quadro 1: Componentes do PRONAN mantidos no período de 1990-1992

Programa	Resultados	1990	1991	1992
PNAE (1)	População atendida	29.680.968	29.065.000	30.600.000
	Alimento distribuído(ton.)	138.116	134.685	92.918
PSA	População atendida	6.667.000	6.667.000	2.786.000
	Alimento distribuído(ton.)	60.401	36.484	2.899 (2)
PCA/PAN	População atendida	1.078.000	-	-
	Alimento distribuído(ton.)	11.398 (3)	-	-
PNLCC	População atendida	7.818.000	-	-
	Alimento distribuído(ton.)	1.157.316	-	-
PAT	População atendida	6.431.693	6.822.917	7.847.413
	Empresas participantes	33.999	37.751	42.213
PNIAM	Atividade reduzida no período; coordenação de IHAC a partir de 1991.			
Prev. Anemia e Hipov. A	Praticamente interrompidos.			
PCBE	Redução da aquisição do iodato de potássio; suspensão de inquéritos nas áreas sentinela.			

(1) Inclui o PAIE que, em 1990, recebeu 17,8% dos alimentos distribuídos;

(2) Leite em pó com recursos do extinto PNLCC;

(3) Além de 1,6 milhões de cestas básicas adquiridas no último mês do ano.

Consolidando a democracia: participação política e Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) 1993-1994

Após o impeachment de Fernando Collor, iniciativas da sociedade civil organizada incentivaram a criação do CONSEA em 24 de abril de 1993, sob o decreto nº 807, na gestão do governo Itamar Franco. Este conselho era composto na proporção de um terço de membros do governo e dois terços da sociedade civil.

Em meio a tantos acontecimentos, nos anos 1990-1992, motivada pelos desmandos do governo, pela falta de políticas sociais e, conseqüentemente, pelo aumento da pobreza e fome que grassava o país, naquele momento, iniciou-se a luta pelo direito à cidadania, que culminou com o Movimento pela Ética na Política e a Ação da Cidadania contra a Fome e a Miséria e pela Vida.

No Governo Itamar Franco (1993-1994) foi criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA). A proposta foi encaminhada ao Governo Collor, que não se mostrou sensibilizado. Em fevereiro de 1993, foi reapresentada ao novo Presidente, Itamar Franco e acabou por subsidiar a elaboração do Plano Nacional de Combate à Fome e à Miséria, bem como a criação do CONSEA, em maio daquele mesmo ano. Foi a primeira parceria efetiva entre a sociedade civil, por meio do movimento liderado por Hebert de Souza, o Betinho e intitulado Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e Pela Vida e o poder público, o que permitiu o início de uma fase memorável de mobilização pelo país. Nesse momento o enfrentamento da fome e da miséria passou a ser uma questão discutida no bojo das políticas econômicas e sociais e da segurança alimentar e nutricional, com o debate continuado entre a sociedade civil e o governo. O CONSEA propõe o Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos (PRODEA) em resposta aos resultados do Mapa da Fome, divulgado pelo IPEA, em 1993. (LAGE, 2006)

Entre 1990 a 1992, a luta pelo direito à cidadania, tendo como atores centrais o Movimento pela Ética na Política e a Ação da Cidadania contra a Fome e a Miséria e pela Vida, lança ações de solidariedade e urgência em todo o país. Entretanto, observou-se



que o caráter filantrópico da doação de alimentos se tornou a principal, senão a única resposta ao problema da fome e da miséria, e o caráter solidário (como a participação e valorização dos movimentos sociais) foi reduzido ao modelo assistencialista e voluntarista, dissociado da crítica sobre a produção social do problema da fome.

Por meio da militância engajada de Betinho, tentou-se ampliar a discussão das ações de cidadania contra a fome e a miséria, colaborando com o exercício da reflexão dentro de diversos setores sociais, como a emergência da reforma agrária e a reorientação das políticas de abastecimento alimentar.

Apesar da curta experiência no período entre 1993 e 1994, o CONSEA trouxe a discussão da fome para o interior da esfera oficial e a reflexão sobre segurança alimentar. Nesse período, a questão da alimentação e nutrição, apesar de poucos programas e instituições, trabalhou para a racionalização que se buscava no final da década de oitenta.

Os objetivos do CONSEA eram: a) elaborar as diretrizes do Plano de Combate à Fome e à Miséria; b) conceber a estratégia apropriada para sua execução; c) mobilizar os recursos necessários para o atendimento dos objetivos; d) incentivar a parceria e integração entre órgãos públicos e privados, nacionais e internacionais, visando garantir a mobilização e racionalização do uso dos recursos, bem como a complementaridade das ações desenvolvidas; e) coordenar campanhas de conscientização da opinião pública para o combate à fome e à miséria, com vistas à união de esforços entre governo e sociedade; f) estimular e apoiar a criação de comitês estaduais e municipais de combate à fome e à miséria (CRUSIUS *et al.*, 1993 *apud* PEREIRA, 1997, p. 104).

O CONSEA propôs o Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos (PRODEA) em resposta às evidências empíricas geradas pelo Mapa da Fome (IPEA, 1993) e também em razão do apelo da ação social da Cidadania para a distribuição emergencial de alimentos. No entanto, mesmo que a prática de distribuição de cestas básicas não fosse novidade no país, naquele período sofreu muitas críticas da opinião pública, principalmente, pelo seu caráter assistencialista, desvinculado dos fatores determinantes das desigualdades econômicas, sociais, políticas e culturais estruturantes da pobreza, da miséria e da fome no País.

Por iniciativa do CONSEA, em julho de 1994, foi realizada a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar Nutricional (I CNSAN). Com a I CNSAN, foi consolidado o conceito de segurança alimentar como garantia de acesso universal a alimentos de boa qualidade nutricional pela “comunidade política”, participante da referida conferência.

Essa primeira conferência resultou de um processo de mobilização social nacional em torno da “questão alimentar” e da conscientização do agravamento da fome no país. Dela foi produzida uma declaração política e um documento programático com as condições e requisitos para uma Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (MALUF, MENEZES e VALENTE; 1996).

Os principais resultados produzidos pela I CNSAN foram: a) ampliar as condições de acesso à alimentação e reduzir seu peso no orçamento familiar; b) assegurar saúde, nutrição e alimentação a grupos populacionais específicos (em risco nutricional ou social); c) assegurar a qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos



alimentos e seu aproveitamento; d) estimular práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.

Do Conselho de Segurança Alimentar (CONSEA) à Comunidade Solidária (1995-2002)

Em 1995, tomou posse como presidente da república, Fernando Henrique Cardoso. Uma de suas primeiras medidas políticas no campo das políticas sociais foi a extinção do CONSEA e sua substituição pelo Programa Comunidade Solidária, enfocando o combate à pobreza nos municípios.

O Programa Comunidade Solidária (PCS) foi regulamentado por meio do decreto federal nº. 1.366 de 12 de janeiro de 1995, com o objetivo de *“coordenar as ações governamentais voltadas para o atendimento da parcela da população que não dispõe de meios para prover suas necessidades básicas e, em especial, o combate à fome e à pobreza”* (SILVA et al., 2001, P. 72).

O PCS constituiu-se em uma estratégia do governo federal para articular ações da sociedade civil e do Estado, em todas as esferas de governo (federal, estadual e municipal), bem como de integração de iniciativas federais em municípios com maior concentração de pobreza no Brasil, naquela época.

Idealizado como alternativa reformuladora do desenho institucional do Plano de Combate à Fome e à Miséria e pela Vida (PCFM) do governo de Itamar Franco, que fora coordenado pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), o PCS deveria *“conferir maior eficácia e eficiência às ações governamentais, sem maiores pressões nos gastos públicos, propondo-se a coordenar programas já em desenvolvimento por intermédio de vários ministérios”* (SILVA et al. 2001, p.74).

As áreas prioritárias para a implementação das ações do PCF eram: a) redução da mortalidade infantil; b) alimentação; c) apoio ao ensino fundamental; d) desenvolvimento urbano; d) geração de emprego e renda; e) qualificação profissional.

Várias críticas foram feitas ao caráter assistencialista que predominou nas ações do Programa Comunidade Solidária, como estratégia de enfrentamento da pobreza, naquela época.

A primeira se refere à desarticulação de suas ações das distorções estruturais presentes na sociedade brasileira (CAMPOS, 1995, apud SILVA et al. 2001, p. 76).

A segunda crítica centra-se no PCS como estratégia do governo federal, no sentido de transferir a responsabilidade das políticas sociais para a sociedade civil, sob justificativa da solidariedade, representando ações fragmentadas, seletivas e focalizadas (QUEIROZ & MATSUBARA, 1995, APUD silva et al. 2001, pp. 76-77).

A terceira crítica se refere ao caráter neoliberal do Programa, conforme argumentos de Sposati (1995, citada por Silva et al. 2001, p. 77), entre os quais destacamos: a) desmonte de órgãos de assistência social, com secundarização da responsabilidade pública pelas políticas sociais; b) ênfase na centralização do executivo federal, mesmo sob o discurso



da descentralização das ações nos estados e municípios; c) indefinição de recursos, dependentes de vários ministérios, alocados em diferentes programas, conferindo um caráter de instabilidade; d) ações focalizadas e seletivas; e) retorno das práticas assistencialistas e patrimoniais.

Em 1996, a conjuntura internacional foi bastante favorável à área de alimentação e nutrição. Neste ano foi realizada, em Roma, pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), a Conferência Mundial da Alimentação. A referida conferência colocou, nas agendas públicas internacional e nacional, o enfoque da alimentação, como direito humano. Dela, novas informações foram divulgadas, mostrando que questões ligadas à nutrição permaneciam latentes na política e que precisavam ser retomadas para se ter uma resposta institucional.

Aproveitando a janela de oportunidades aberta com a realização da Conferência Mundial de Alimentação, no Brasil, as discussões sobre a necessidade de se formular uma Política Nacional de Alimentação e Nutrição ganham força, principalmente, a partir da mobilização de um pequeno grupo de técnicos remanescentes do INAN, que fora extinto em 1997, o qual consegue inserir o tema na agenda setorial do Ministério da Saúde.

As discussões foram se acirrando e fortalecendo o grupo de técnicos, os conceitos e a necessidade de se trabalhar a intersetorialidade da questão, principalmente, no sentido do enfrentamento do quadro de mortalidade infantil e da desnutrição no país.

Porém, com a extinção do INAN, a trajetória de formulação da Política foi interrompida, em meio à procura de seu assentamento institucional dentro do Ministério da Saúde, no início dos anos noventa, quando então praticamente todos os programas de alimentação e nutrição foram extintos pelo governo vigente naquela época.

O INAN, marcado por desmandos e corrupção, se defrontava com tímidas discussões em torno do inusitado avanço das doenças crônicas, impulsionadas pelos organismos internacionais os quais trabalhavam a questão da alimentação e nutrição em uma abordagem voltada para a segurança alimentar e nutricional. Tais discussões também se faziam presentes no Ministério da Saúde, nas suas coordenações, mais especificamente na coordenação do diabetes e da hipertensão, na qual se trabalhava com alguns indicadores de pesquisas realizadas no Brasil, mas que não eram suficientes para traduzir em ações o enfrentamento do tema.

Para Valente (2002), na perspectiva do governo FHC, o enfrentamento da questão da segurança alimentar e nutricional desaparece da agenda política, mesmo que algumas ações ainda continuaram a ser desenvolvidas pela Secretaria Executiva do Programa Comunidade Solidária em parceria com a sociedade civil envolvida com a luta pela Segurança Alimentar e Nutricional, entre elas estão: a) a tentativa de construção e monitoramento do orçamento de Segurança Alimentar; b) o processo de preparação para a Cúpula Mundial da Alimentação, iniciado no final de 1995 e concluído em junho de 1996; c) a tentativa de manter um processo de seguimento do cumprimento das resoluções da Cúpula Mundial de Alimentação, Roma – 1996, em nível nacional; d) a elaboração de um Banco de Dados de Segurança Alimentar, em parceria com o IPEA.



A prioridade dada pelo Governo FHC à segurança alimentar pode ser em parte medida pelo resultado dos esforços descritos acima. Entre eles, destaca-se a elaboração do documento brasileiro para a Cúpula Mundial da Alimentação (1996). Nesse processo, houve uma retomada do debate público sobre o tema da Segurança Alimentar e a realização do Direito Humano à Alimentação acabou por ser incluída no documento como um dos compromissos da sociedade brasileira em relação ao tema. O processo de debate também deixou claras as divergências existentes entre as propostas da área econômica do governo e aquelas dos setores sociais envolvidos.

O trabalho da Secretaria Executiva do Programa da Comunidade Solidária – ainda conforme publicação de Valente (2002) acabou por se distanciar progressivamente da sociedade civil. No entanto, é importante reconhecer que a mesma se transformou em um instrumento interessante de coordenação da ação social do governo, mas sem nenhum poder de interferir na condução das políticas da área econômica ou mesmo nas definições mais amplas da política social.

A sua atuação pretendia combater a fome, a miséria e a exclusão social no país por intermédio da melhoria da eficiência e eficácia de programas sociais destinados aos grupos mais carentes da população brasileira (IPEA, 1998). A Secretaria atuava com base nos princípios da solidariedade, descentralização, parceria, focalização e convergência de ações. O trabalho se concentrou nos municípios mais pobres do país, sendo selecionados 20 programas de nove ministérios para constituir a agenda básica do programa. A proposta definia que esses municípios receberiam um selo de prioridade que serviria para estimular a alocação diferenciada de recursos aos mesmos.

Uma das tarefas mais complexas, assumidas pela Secretaria Executiva do Programa Comunidade Solidária, foi a de coordenar a execução do Programa de Distribuição de Alimentos (PRODEA), que teve início em 1995. O referido programa, tendo sido originalmente constituído com um caráter emergencial, acabou por se transformar em um programa social de caráter permanente, especialmente na ausência de ações estruturais e políticas sociais que pudessem progressivamente substituí-lo, (VALENTE, 2002).

No segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, no início de 1998, foram introduzidas mudanças no Programa Comunidade Solidária, com a implantação, em janeiro de 1999, do Projeto Desenvolvimento Local Integrado Sustentável, denominado Comunidade Ativa. Esta passou a ser a principal estratégia de combate à pobreza da Secretaria e, desde o início, manifestou intenção de não trabalhar especificamente com o tema da fome, da desnutrição e muito menos com a segurança alimentar. Como conseqüência, no final de 2000, o PRODEA foi extinto.

Nesse período, uma das únicas áreas do governo que manteve discussão efetiva sobre alimentação e nutrição, dentro de uma perspectiva da segurança alimentar, foi a recém-criada, Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) do Ministério da Saúde.

Em 1999, após ampla discussão com a sociedade civil, é aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição que se afirma construída dentro da perspectiva da promoção do Direito Humano à Alimentação e aponta para



a necessidade de construção de uma política abrangente de Segurança Alimentar e Nutricional no país.

Como forma de operacionalizar a PNAN, a Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde conseguiu apoio político do setor e do governo para a implantação do Programa Bolsa-Alimentação que viria, de certa forma, em substituição ao PRODEA em sua dimensão nutricional dirigida a crianças e gestantes de famílias carentes.

Assim, os dois últimos anos de FHC foram marcados pela ausência de uma política social articulada, pela pulverização e fragmentação de iniciativas nas áreas de setoriais da Saúde, Educação, Agricultura e Abastecimento, Trabalho e Planejamento, compondo-se uma Agenda Básica implementada pelos municípios, por meio de convênios firmados com os respectivos ministérios, conforme quadro, a seguir:

Quadro 2: Programas da Agenda Básica do Comunidade Solidária distribuídos por áreas de atuação e por ministérios responsáveis

Área	Programa	Ministério
1. Redução da mortalidade infantil	a) Programa de Combate à Desnutrição Infantil b) Coordenação Materno Infantil c) Programa Nacional de Imunização d) Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e) Ações de Saneamento Básico	Ministério da Saúde
2. Alimentação	a) Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) b) Programa de Distribuição de Alimentos (PRODEA)	Ministério da Educação; Ministério da Agricultura e Abastecimento
3. Apoio ao ensino fundamental	a) Programa de Cesta de Material Escolar – Cesta Básica (aluno, professor, escola) b) Programa de Saúde do Escolar c) Programa Nacional de Transporte Escolar d) Programa de Educação Infantil	Ministério da Educação
4. Apoio à Agricultura Familiar	a) Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF)	Ministério da Agricultura e Abastecimento
5. Geração de Emprego e Renda; Qualificação Profissional	a) Programa de Geração de Emprego e Renda (PROGER) b) Plano nacional de Educação Profissional (PLANFOR) c) Programa de Qualificação Profissional – intermediação de Emprego	Ministério do Trabalho
6. Desenvolvimento urbano	a) Programa Habitar-Brasil b) Programa de Ação Social e Saneamento (PASS)	Ministério do Planejamento e Orçamento

Fonte:: Silva et al. (2001, pp.143-144).

Nesse contexto, o tema da Segurança Alimentar e Nutricional não encontrava interlocução no governo. As iniciativas articuladoras em torno de uma política de segurança alimentar e nutricional se encontravam totalmente pulverizadas.

Resgatando a Segurança Alimentar e Nutricional como prioridade de governo (2003-2005)

Ao tomar posse em janeiro de 2003, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva colocou na agenda pública governamental a luta contra a fome e a pobreza como prioridade absoluta de seu mandato. Para tanto, lançou ainda em 2003 o Programa denominado



“Fome Zero”, como estratégia principal de governo, expresso no Plano Plurianual de Desenvolvimento (PPA) 2004-2007.

O objetivo do Programa Fome Zero é combater as causas estruturais da fome e da pobreza e, ao mesmo tempo, assegurar que *haja comida na mesa de quem mais precisa*. Assim, o Programa divulga a idéia de que a alimentação de qualidade é direito do cidadão.

O Programa se propôs a erradicar a fome de 44 milhões de pessoas que ganham menos de um dólar por dia e, para tanto, deveria contar com a intensificação de políticas estruturais: geração de emprego e aumento da renda; intensificação da reforma agrária; previdência social universal; bolsa família, renda mínima e incentivo à agricultura familiar. O Programa prevê também outras políticas complementares, tais como: Cupom de Alimentação; ampliação e redirecionamento do Programa de Alimentação do Trabalhador; doações de cestas básicas emergenciais; tratamento da desnutrição materno-infantil; manutenção de estoques de segurança; ampliação da merenda escolar; garantia de segurança e qualidade dos alimentos; programas de educação alimentar e educação para o consumo e diversas outras políticas locais.

No campo da proteção social, o governo decidiu unificar todos os programas de transferência de renda do governo anterior, auxílio-gás, bolsa-escola, bolsa-alimentação, entre outros, que foram incluídos em um único programa denominado Bolsa-Família, sob a responsabilidade à época do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar que atualmente é denominado Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). O Programa Bolsa-Família foi concebido a partir de críticas dirigidas ao Programa Fome Zero e revelou o poder de reação do governo tentando reconstituir o elo perdido da política social. Nessa lógica, enquanto o Programa Fome Zero seria uma ação do Estado mobilizando a sociedade, o Bolsa-Família, como programa de governo promove a busca de racionalidade na aplicação de recursos públicos na área social (NÉRI, 2005).

As ações do programa Fome Zero deveriam envolver diversos setores, tais como: Agricultura, Saúde, Educação e Planejamento e a sociedade. As ações de alimentação e nutrição desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde estão baseadas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição. A responsabilidade de implementação da política é da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) vinculada à época à Secretaria de Políticas de Saúde, hoje denominada Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), na estrutura do Ministério da Saúde, cabendo o controle democrático à Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Com o advento da Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física, proposta pelos organismos internacionais – OPAS, OMS e FAO – e ratificada pelo Brasil em 2004, ações importantes e decisivas foram desencadeadas dentro do Ministério da Saúde no sentido de pautar o tema alimentação e nutrição, ainda que fragmentado e conceitualmente disperso.

Ainda em 2004, com o resgate do CONSEA, como “carro-chefe” das ações do Programa Fome Zero, foi realizada em Olinda (PE), após 10 anos da I CNSAN, a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar Nutricional (II CNSAN).



As deliberações da II CNSAN consistiram de propostas de ações estratégicas para uma política nacional de segurança alimentar e nutricional e de 19 moções sobre diversas questões relacionadas com a SAN no Brasil e no mundo.

Os debates ocorridos nos grupos temáticos e nas plenárias, bem como as proposições aprovadas, reafirmaram princípios gerais que devem estar associados à segurança alimentar e nutricional e contemplados nas ações e políticas públicas voltadas a promovê-los. São eles: a) adotar a ótica da promoção do direito humano à alimentação saudável, colocando a segurança alimentar e nutricional como objetivo estratégico e permanente associado à soberania alimentar; b) assegurar o acesso universal e permanente a alimentos de qualidade, prioritariamente, por meio da geração de trabalho e renda e contemplando ações educativas; c) buscar a transversalidade das ações por intermédio de planos articulados intersetorialmente e com participação social; d) respeitar a igualdade de gênero e étnica, reconhecendo a diversidade e valorizando as culturas alimentares; e) promover a agricultura familiar baseada na agroecologia, em conexão com o uso sustentável dos recursos naturais e com a proteção do meio ambiente; f) reconhecer a água como alimento essencial e patrimônio público.

Os referidos princípios são ordenadores de uma política nacional de segurança alimentar e nutricional. Assim sendo, constituem referências que conferem sentido e organicidade ao elenco de 153 propostas de ações estratégicas aprovadas pela II CNSAN, das quais 47 foram definidas como prioritárias. (CONSEA; 2004)

Ideias

Ideias representam informações que os formuladores de políticas utilizam para reconhecer um problema de saúde pública e decidir a melhor maneira de agir. Os valores pessoais constituem uma importante fonte de informações para os políticos na formulação de políticas públicas.

Na área de promoção da saúde, pesquisas recentes no Canadá e nos Estados Unidos sugerem que as convicções pessoais dos legisladores sobre o papel do governo na promoção de comportamentos saudáveis são um fator significativo de influência em seu apoio à legislação de controle do tabaco, em particular, e às políticas de promoção da saúde, em geral. Sabemos também que os debates sobre muitas questões de promoção da saúde/prevenção de doenças giram ao redor de valores relacionados à escolha pessoal e não à segurança pública (COHEN, J.E. et al, 2002).

As políticas públicas também são formuladas tendo como base as evidências empíricas produzidas por pesquisadores que se encontram em universidades, institutos de pesquisa, sejam esses públicos ou privados. Cada um desses centros produtores de pesquisas é influenciado por seu próprio conjunto de valores ao coletar e analisar informações. Assim, temos, por exemplo, os institutos de pesquisa com tendências políticas de esquerda apresentando uma perspectiva sobre uma questão e institutos de pesquisa com tendências políticas de direita apresentando outra perspectiva. As informações oriundas desses institutos podem ser utilizadas por governos em jurisdições diferentes, de acordo com o alinhamento ideológico mais adequado ao momento.



Uma terceira fonte de informações para formuladores de políticas é o que ouvem em colóquios com o público em geral ou representantes de vários grupos de interesse. Apesar de informal e não científica, essa fonte de informação é considerada extremamente importante em termos de influência no raciocínio dos formuladores de políticas.

Uma quarta fonte de informações é a pesquisa de opinião pública. Os governos estão utilizando cada vez mais esse tipo de levantamento para obter informações sobre as preferências da população em geral em relação às principais questões políticas. Esse tipo de pesquisa é a maneira mais científica de determinar as opiniões dos cidadãos do que encontros individuais e conversas informais. Algumas pessoas chegam a afirmar que as pesquisas de opinião pública passaram a ser a mais importante fonte de informações para os responsáveis pelas decisões políticas.

A maioria das fontes de informações descritas acima é filtrada pelos meios de comunicação popular, incluindo jornais, revistas, rádio e televisão, até chegar aos responsáveis pelas decisões e ao público em geral. A maneira como uma questão é caracterizada na mídia popular pode ter um grande impacto sobre a opinião pública e sobre as escolhas que os formuladores de políticas podem fazer ao tratar uma questão específica. Se a mídia decidir não reconhecer a existência de uma questão, o governo pode não se sentir obrigado a fazer algo a respeito dela.

Em qualquer momento, certas idéias generalizadas sobre políticas públicas serão amplamente compartilhadas e formarão a base para as discussões sobre políticas. Isso pode coincidir com um consenso básico e amplo da população sobre uma questão nacional (disposição nacional). Mas, as idéias apoiadas pelos responsáveis pelas decisões e o público em geral, hoje, podem ser abandonadas em algum momento no futuro. Portanto, as idéias sobre políticas podem chegar ao ponto de discussão dependendo das circunstâncias. Ao chegar nesse ponto, os formuladores de políticas transformam as idéias em políticas ou as rejeitam. Por fim, a maneira como os problemas relacionados às políticas são definidos e os valores que recebem tratamento preferencial são fatores que influenciam muito para as soluções que são consideradas e escolhidas.

As ideias e valores perpassam a elaboração de políticas públicas. Isso porque as políticas públicas definem não só o discurso governamental, mas principalmente a sua própria ação. Uma política pública também pode ser definida pelo conjunto de decisões tomadas para responder a um determinado problema de sociedade. Afinal, como seres políticos, estamos decidindo todo o tempo: “decidir que existe um problema; decidir que se deve tentar resolver o problema; decidir a melhor forma de resolver os problemas; decidir legislar sobre o tema” (SUBIRATS, 1994, p.41). Para entender as políticas públicas é preciso considerá-las como um processo que contempla um fluxo de interações entre atores envolvidos na elaboração, implementação e avaliação das políticas públicas. As decisões implicam, de outra parte, juízos de valor, ideias, interesses e conflitos que se processam em âmbito institucional.

Para entender os processos de formulação de políticas públicas, devemos compreender as características dos atores, quais instituições representam, que papéis desempenham, que autoridades representam ou desfrutam, como se relacionam e controlam uns aos outros (LINDBLOM, 1991, P. 11), e, sobretudo, que interesses, ideias e instituições



defendem. Sabemos que os atores envolvidos e interessados no processo de formulação de uma determinada política pública não coincidem plenamente sobre os problemas, as alternativas de solução e sobre a alternativa escolhida.

Existem diversas interpretações dos problemas e das alternativas. Há um ciclo de negociações, concertações e mesmo imposição de decisões e, finalmente, diferentes formas, estratégias e oportunidades para se fazer avançar um tema na agenda pública. Inclusive no campo de difusão de novas idéias e valores sobre o desenho de políticas públicas.

O processo democrático e participativo de formulação de políticas públicas implica negociação entre diferentes ideias e visões que podem ou não levar a acordos racionais, como, por exemplo, a normatização da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

Aqui, nos interessa analisar os processos cognitivos de formulação de políticas públicas, segundo a concepção de Yves Surel e Pierre Muller (1998), como paradigmas, idéias e referenciais.

Segundo os autores, essa corrente de análise de políticas públicas se desenvolveu a partir de 1980, como um esforço de compreender as políticas públicas como matrizes cognitivas e normativas constituindo sistemas de representação da realidade, no seio das quais os atores públicos e privados poderiam inscrever suas ações. Trata-se, portanto, de uma abordagem que estabelece a importância das dinâmicas de construção social da realidade na determinação de quadros e de práticas socialmente legítimas em uma dada conjuntura, no sentido empregado por Berger e Luckmann (1986, apud MULLER E SUREL, 1998).

Assim, como as idéias e valores de diversos atores do Estado, da sociedade e do mercado foram incorporados no texto da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Como as ideias foram construídas? Seriam construções sociais da realidade sobre os problemas e as soluções relativos à alimentação e nutrição no Brasil? Afinal, como se deu esse processo? Como os atores negociaram, concertaram, persuadiram, argumentaram no campo das ideias e valores?

A formulação da PNAN se iniciou, de maneira embrionária, na década de setenta, com os estudos e programas realizados e/ou coordenados pelo INAN, órgão responsável na época, pelas ações no campo da alimentação e nutrição, sob a direção do doutor Bertoldo Cruze Grande de Arruda, ressaltou um informante-chave.

As principais pesquisas nacionais que embasaram a formulação da PNAN foram:

Estudo Nacional da Despesa familiar - ENDEF

Realizado entre os anos de 1974 e 1975, foi uma pesquisa domiciliar, de abrangência nacional (exceto áreas rurais do Norte e Centro-Oeste) com coleta de dados que durou um ano. O ENDEF foi realizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e teve como objetivo coletar dados relevantes sobre orçamentos familiares e consumo de alimentos. Seu principal foco era a análise da situação nutricional tendo por base um quadro de orçamentos familiares, uma vez que naquele



momento já se entendia que a pobreza era a principal causa da subnutrição. Conhecer a distribuição do orçamento familiar, suas prioridades e a parcela desta renda que era destinada à alimentação, era urgente e extremamente necessário.

Com uma grande amostra, cerca de 55 mil domicílios e dados de cerca de 53 mil famílias, o ENDEF foi um dos mais complexos (pesquisa difícil, altamente invasiva) e caros estudos já realizados no Brasil. Seu desenho amostral teve que se adaptar a diversas necessidades de análises, como, por exemplo, a de fornecer informações substanciais a 22 estratos geográficos: 09 regiões metropolitanas - Áreas Urbanas de 7 regiões (RJ; SP; macrorregião Sul; MG+ES; macrorregião Nordeste; macrorregião Norte; e, MT+GO) – Brasília e - Áreas rurais de 5 regiões (RJ; SP; Sul; MG+ES; e Nordeste).

Outra particularidade deste estudo era a inclusão da metodologia de pesagem de alimentos, que para viabilizar a pesquisa e reduzir custos, deveria ser feita em dois domicílios quase que ao mesmo tempo. Para que este procedimento fosse possível, optou-se, na seleção amostral, por selecionar sempre pares de domicílios vizinhos, o que reduziu o tempo de deslocamento do entrevistador e permitiu a coleta de dados em dois domicílios, por entrevistador e por semana.

A metodologia de pesquisa aplicada no ENDEF consistia em entrevistar cada domicílio ao longo de sete dias consecutivos. Tal procedimento permitia que o entrevistador captasse as diferenças de consumo alimentar no decorrer da semana, inclusive as variações típicas de fins de semana.

Além das informações sobre alimentos no domicílio, também eram coletados outros dados sócio-econômicos, tal como composição familiar (sexo, idade, migração e relação com o chefe para todas as pessoas do domicílio), emprego e renda. Dados antropométricos das pessoas residentes também eram coletados, além de informações complementares como presença às refeições e condições especiais de alimentação.

Para o cálculo da despesa alimentar anual da família, realizou-se a extrapolação (para os 365 dias do ano) dos dados de alimentos efetivamente consumidos. Isso agrega um componente particular a este estudo: a possibilidade de separação de despesas monetárias com alimento assim como as não monetárias, relativa aos alimentos obtidos por produção própria, caça, pesca, troca, doação, retirados do negócio gerido pela família ou recebidos como pagamento em bens de serviços prestados.

Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN

Foi realizada pelo INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição), com a colaboração do IPLAN e IBGE. Realizada com amostra domiciliar nacional, tipo PNAD (Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios), permitiu a utilização de equipes de supervisão e de campo do IBGE na execução da pesquisa. O desenho amostral foi de 17.920 domicílios em todo território nacional.

O plano amostral da PNSN foi desenhado a fim de fornecer estimativas representativas da população brasileira residente em domicílios particulares e coletivos. Foi excluída desta definição a população institucionalizada residente em domicílios coletivos e a residente em aldeias indígenas. Para a pesquisa foram treinadas 498 equipes de



campo, que realizaram a medição de peso e altura de 62 mil pessoas entrevistadas. A antropometria e o questionário utilizado permitiram aferir o estado nutricional e conjuntural da saúde dos entrevistados. Foram também coletadas informações a respeito dos diversos programas de alimentação e nutrição em distintas camadas da população, assim como questões como aleitamento materno, saneamento, características do domicílio, renda, ocupação e outras variáveis. Estes dados permitiram interpretar os quadros nutricionais encontrados em função de seus determinantes sócio-econômicos. A pesquisa teve duração de dois meses e meio, com execução do trabalho de campo entre 3 de julho a 15 de setembro de 1989.

O conjunto de dados gerados pela PNSN permite a formulação de diagnósticos de representatividade populacional para 9 âmbitos indicados pelas áreas urbanas e rurais das cinco macroregiões brasileiras, com exceção do Norte rural.

Os dados preliminares da pesquisa foram divulgados em março de 1990 e continham informações para crianças menores de 10 anos. O segundo relatório da pesquisa, publicado em setembro de 1990, contemplava aspectos relacionados à situação do crescimento da população de 0 a 25 anos. O terceiro relatório, de setembro de 1991 analisa as condições nutricionais de adultos e idosos no Brasil.

Pesquisas de Demografia e Saúde - PNDS

Realizada pela BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil), realizada em 1996, faz parte do programa mundial de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS). Teve duas outras edições, uma em 1991 na região nordeste e outra em 1986, de caráter nacional. As Pesquisas de demografia e saúde trabalham com amostra de representatividade nacional/regional para mulheres de 15 a 49 anos e foram elaboradas para administrar informações sobre fecundidade, saúde materno infantil e características sócio-econômicas da população entrevistada. Na área de fecundidade, as informações coletadas permitem avaliar níveis e tendências da fecundidade, conhecimento e uso de métodos contraceptivos, amamentação e outros determinantes próximos da fecundidade, como proporção de mulheres casadas e/ou em união e duração da amenorréia pós-parto. Investiga, ainda, intenções reprodutivas e necessidades não satisfeitas em planejamento familiar.

Na área de saúde materno-infantil, coleta informações sobre mortalidade materna, DST/AIDS, gravidez, assistência pré-natal e parto. Em nível da saúde da criança, os dados coletados permitem a determinação de taxas e tendências da mortalidade infantil e na infância, como também a análise de seus determinantes sócio-econômicos, uma vez que são investigadas as principais causas de doenças predominantes na infância (diarréia e infecções respiratórias), imunização, estado nutricional, acesso à água e esgotamento sanitário.

A pesquisa registra ainda características sócio-econômicas da população entrevistada, como: idade, educação, acesso aos meios de comunicação, ocupação, cor, religião, condições do domicílio em relação a acesso à água, esgoto, eletricidade, bens duráveis de consumo, número de cômodos e material predominante do telhado, parede e piso.



Em sua versão de 1996, além da pesquisa com a população feminina foi também considerada uma sub amostra de 25% dos domicílios selecionados para a pesquisa com a população masculina, objetivando registrar, da perspectiva do homem, informações sobre conhecimento, atitudes e práticas relacionadas a planejamento da família, intenções reprodutivas, conhecimento e comportamento sexual frente à AIDS.

A pesquisa teve início em setembro de 1995, com a criação de Comitê Consultivo integrado por instituições públicas e privadas de atuação expressiva na produção, análise e divulgação de dados de saúde e demografia no país. A participação do comitê contribuiu à discussão do conteúdo dos questionários e abrangência da amostra, à apreciação do plano de análise e divulgação dos resultados da pesquisa. A pesquisa contou também com a colaboração do IBGE na seleção amostral (modelo PNAD) e participação dos técnicos, durante a fase de treinamento das equipes de campo e na entrada de dados.

No campo das ideias e valores, os pressupostos da política foram construídos a partir de premissas defendidas e pactuadas no documento apresentado à Cúpula Mundial à Alimentação, pelas autoridades brasileiras, ocorrida em Roma, em 1996. Tal documento focalizava ideias sobre segurança alimentar nutricional. Além do acesso aos alimentos, o novo enfoque propõe que eles sejam de qualidade, respeitem a diversidade cultural e social, econômica e ambientalmente sustentáveis. Tal enfoque visa não somente prevenir problemas como a desnutrição, mas, igualmente, doenças crônicas não transmissíveis, sobrepeso e obesidade.

A necessidade de se conceituar e ordenar o tema de maneira clara e consensual impulsionou as autoridades governamentais da época a instrumentalizar as várias correntes e ideias, interesses e valores e transformá-las em uma política para o setor.

A institucionalização das discussões se deu com a designação de um grupo de trabalho, formado por profissionais da área de alimentação e nutrição, gestores de políticas públicas e pesquisadores para coordenar, dentro do Ministério da Saúde, a formulação da política.

Como o INAN havia sido extinto em 1997 e a área de alimentação e nutrição estava se reordenando e se recompondo dentro do Ministério da Saúde, haja vista que *“o grupo de trabalho designado para formulação da PNAN era quase todo formado por técnicos e gestores que vinham do INAN”*.

O ator principal foi o grupo que remanesceu do INAN. Esse grupo tinha uma série de apoios externos, por meio direto do Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição, com representantes de vários ministérios e tinha um forte apoio das universidades, *“tanto que quase sempre na formulação de programas globais ou de programas setoriais, o pessoal da universidade era convidado a participar”*.

Além dos atores indicados, no campo das ideias e valores contribuíram também instituições médicas, o Conselho Federal de Nutricionistas, algumas organizações internacionais como a UNICEF e a Organização Mundial de Saúde, *“como os atores mais relevantes da implantação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição”*, de acordo com a percepção de um informante-chave.



A construção da política se baseou em evidências científicas, no que havia de indicativo de questões importantes sobre o perfil alimentar e nutricional no Brasil. Por um lado, existiam alguns estudos multicêntricos, dados sobre a avaliação do programa do leite (PNCC) e questões sobre a necessidade de se criar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Como enfatizou um informante-chave, *“era como se fosse uma colcha de retalhos, costurando diversas questões temáticas, conceituais, estratégicas que eram fundamentais para se ter o próprio escopo da política”*.

Havia consenso entre o grupo de trabalho designado para a elaboração da PNAN de que era possível desenhar uma política do ponto de vista amplo, mas que fosse coordenada pelo setor saúde. Num contexto intersetorial, participaram os representantes dos ministérios da Agricultura, da Educação, da Reforma Agrária, do Planejamento e Orçamento, das Relações Exteriores, da Ciência e Tecnologia, do Trabalho e Emprego.

No Sistema Único de Saúde (SUS) houve a participação dos gestores nacionais por meio de suas representações, principais: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), porque a política foi levada para discussão no âmbito da Comissão Tripartite e, portanto, foram agregadas várias considerações dos gestores estaduais e municipais.

Há que se destacar a contribuição do Conselho Nacional de Educação – por sua constituição paritária – e da sociedade civil e governo, para o enriquecimento dela.

As indústrias alimentícias também participaram como representantes do setor privado e eram participações fundamentais nas discussões sobre o aleitamento materno e na produção de materiais a essa finalidade.

Foram chamados também profissionais que atuam como colaboradores nos serviços públicos locais, apoiando e implementando ações de alimentação e nutrição em todo o país.

Os centros colaboradores, na área de alimentação e nutrição alocados nas universidades (Universidade Federal do Paraná, Universidade Federal de Goiás, Universidade Federal do Pará, Universidade Federal da Bahia, IMIP e Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ), contribuíram com a construção de evidências empíricas para o desenho e formulação da PNAN. Tratava-se de um apoio técnico e científico aos formuladores da Política. Além dos centros colaboradores, participaram também, a Unicamp, a Universidade Federal de Pelotas e a Universidade Federal de Pernambuco.

O grupo de trabalho também contou com a efetiva participação da sociedade civil, como as entidades Solo Brasileiro de Segurança Alimentar (SBSA), Instituto Brasileiro e Análises Sociais e Econômicas (IBASE), Instituto Superior de Ensino e Pesquisa (INESP), Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), Pastoral da Criança, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN) e da Associação para Educação em Administração Empresarial, *“todos tiveram participação em vários momentos da discussão, seja em reuniões físicas ou por intermédio da internet na circulação de documentos”*.



Alguns parceiros estratégicos internacionais como a OPAS e a OMS, que sustentaram, não só fisicamente, mas financeiramente a realização dos workshops.

Como enfatizou um informante-chave:

“Aqui, cumpre destacar o papel mobilizador e da interface feito pela doutora Denise Coutinho que, tendo participado de vários fóruns internacionais, aproximou as demandas internacionais às questões que estavam sendo discutidas na formulação da PNAN”.

No que concerne ao campo da análise cognitiva da PNAN e suas contribuições para a construção da agenda pública sobre prevenção, controle e vigilância de doenças crônicas não transmissíveis, no Brasil, os entrevistados enfatizaram que os atores não só resgatavam a questão da desnutrição infantil como problema, mas apontavam a questão da obesidade ligada à alimentação inadequada e insistiam nas questões das carências nutricionais. De fato,

“Os nutricionistas e sanitaristas brasileiros já têm esse entendimento há algum tempo e, de fato, a PNAN, aprovada pelas autoridades sanitárias brasileiras, em 1999, e ratificada pelo ministro Humberto Costa, em 2004, também tem esse entendimento”.

As diretrizes da política, no plano das intenções, foram negociadas e formatadas em um texto básico. Elas foram pactuadas nas esferas federal, estadual e pela sociedade civil, por meio de encontros e seminários de discussão, com a participação de segmentos do mercado interessados no setor de alimentação no Brasil.

Advogavam os atores, de forma muito clara, o combate simultâneo à deficiência crônica de energia, as carências nutricionais mais prevalentes como a hipovitaminose A, anemia ferropriva, bócio, entre outras, o excesso de peso e os desequilíbrios na dieta, que aumentam a incidência de doenças crônicas como o diabetes, as doenças do coração e mesmo certos tipos de câncer.

Os atores destacaram, inclusive, que para atingir seus objetivos, muitas das ações propostas pela PNAN dependeram da concordância e do engajamento de outras esferas de governo, que não o Ministério da Saúde. Exemplos de ações de natureza tipicamente intersetorial são a regulamentação da rotulagem nutricional dos alimentos, a restrição da publicidade de alimentos não saudáveis (assim como de bebidas alcoólicas), a regulamentação da quantidade máxima de sal nos alimentos industrializados, a promoção da alimentação saudável nas escolas e nos ambientes de trabalho, o incentivo à produção de frutas e hortaliças, políticas fiscais diferenciadas para a taxaço de alimentos mais e menos saudáveis, medidas de planejamento urbano que estimulem a atividade física, campanhas de esclarecimento usando os meios de comunicação de massa, entre outras.

Trata-se, conseqüentemente, da fragilidade do exercício de interlocução e intersetorialidade das políticas públicas no Brasil, *“principalmente, incapaz de garantir trocas substantivas entre os agentes sociais e suas respectivas concepções de bem-estar, princípios de equidade e regras de avaliação das ações”.*



O Estado é omissivo com relação às suas responsabilidades públicas, inviabilizando um aprendizado maior acerca das possibilidades de trabalho conjunto. Mas os atores engajados no campo da defesa da alimentação e nutrição, como política pública, portanto dever do Estado e direito de cidadania, acreditam que,

“apesar desses obstáculos e dificuldades, o movimento é capaz de recuperar o valor do vínculo na discussão da cidadania, retirando-o das redes paroquiais de amizade e familiaridade para a solidariedade entre estranhos, deslocando-o da mera filantropia para lançá-lo na pauta das políticas públicas”.

Outros informantes-chave argumentam que idéias e valores de múltiplos setores não foram atendidos no escopo da política, porque ela tinha seus limites, como podemos verificar no argumento a seguir:

“A equipe da área técnica de nutrição era muito pequena e se conseguiu ouvir quem estava perto, quem já tinha trabalhado no setor, os movimentos sociais mais ativos. A política reflete uma total falta de consulta, por exemplo, junto aos indígenas, aos sem-tetos, aos obesos, aos diabéticos, se formos analisar o nível efetivo de consulta a esses grupos foi muito pequeno e acredito que não foi por falta de vontade, foi por falta de condições efetivas”.

E ainda acrescenta:

“se partirmos de um pressuposto que ela cresceu dessa maneira, setorizada, não foi muito eficiente porque havia toda uma construção, muito mais trabalhando as conseqüências do que as determinações, embora parte dessas determinações, mas de uma maneira muito tímida, o que era possível na época. Faltam setores sim, naquela época não tinha uma Anvisa criada pela Lei 9782/99, tão atuante como se tem hoje. Com a Anvisa poderia ter tido várias ações como, por exemplo, a rotulagem dos alimentos”;

No campo das idéias e valores que influenciam a formulação da PNAN, fator importante foi a extinção do Conselho de Segurança Alimentar, em 1994, pelo então Presidente Fernando Henrique (1994-2002), ao criar o Programa Comunidade Solidária que pretendeu articular programas e ações de governo na sociedade civil e *“depois não deu conta e acabou ficando assim uma peça de filosofia”.*

No processo de formulação da PNAN, discutiu-se muito sobre o direito humano à alimentação do ponto de vista do acesso aos alimentos, mas se falou muito pouco do direito do consumidor:

“O consumidor tem que ter informação segura para escolher melhor o alimento dele, levando-se em conta de que 70% em média das famílias brasileiras moram em regiões urbanas, somos consumidores e muito distantes de visão de consumo de alimentos na prática rural, a gente compra os alimentos, então nesse aspecto a política também poderia ter avançado mais”.

No campo das idéias, uma das diretrizes que se traduziu na grande novidade em termos mais técnicos da política refere-se à área da promoção da alimentação saudável. Antes da política de nutrição, essa questão não era uma agenda clara no campo da nutrição,



“atuávamos de forma muito tímida nessa área porque ainda tinha aquela visão de que a base era pobreza, a questão era de acesso, havendo acesso todo mundo saberia o que fazer de maneira correta, então era uma visão estreita, achávamos que o acesso dava conta de tudo e não dá conta de tudo, não é porque as pessoas não sabem o que fazer, mas elas estão sob uma influência de um ambiente que não favorece escolha saudável. Se a mãe sabe, mas a propaganda na televisão promove outra coisa é uma guerra de informação desigual. Acho que a pior falha era quando pensávamos que tudo era questão de acesso, só que não é bem assim porque esses fatores ambientais que influenciam as escolhas não têm nada a ver com a vontade da pessoa de fazer melhores escolhas, ela pode querer fazer melhores escolhas e ser absolutamente inacessível, ela pode querer fazer, mas o ambiente de propaganda ao redor dela não a leva a tomar essa decisão de jeito nenhum”.

Com referência à ideia de se ter uma política específica em relação à rotulagem de alimentos, pela indústria alimentícia, o campo de interesses e conflito foi intenso. Isso porque quase todas as diretrizes da PNAN remetem à questão da alimentação saudável. Esse enfoque não se refere apenas ao acesso aos alimentos. Seria necessário trabalhar o ambiente, que por sua vez implica regulamentação de propaganda, tornar a informação ao consumidor mais acessível, bem como a rotulagem nutricional. Na época, o Brasil resolveu partir para uma legislação de rotulagem obrigatória, que até então era regulada apenas em dois países: Estados Unidos e Israel. Em outros países a rotulagem era voluntária. O problema brasileiro, no campo da regulamentação nutricional, refere-se, principalmente, ao interesse comercial das indústrias em fornecer a informação correta ao usuário.

A necessidade de democratizar a informação aos usuários de todos os ingredientes contidos nos alimentos a serem consumidos, para que eles possam fazer suas escolhas. “Então, tem que democratizar a informação em todos os alimentos, tem que dizer quantas calorias têm, para que o indivíduo tenha o direito de escolher se deseja consumir o alimento com muita caloria ou não, pois saberá o total de calorias e a composição dos outros nutrientes para então decidir se deve ou não consumir o alimento”.

A preocupação com a rotulagem de alimentos no Brasil é decorrente do processo de implantação da PNAN, cujos processos de formulação e implementação eram simultâneos, as oportunidades foram surgindo, e os técnicos atentos aos processos conseguiram introduzir idéias e instrumentos necessários à ação do Estado no campo da Política Alimentação e Nutrição.

“a legislação de rotulagem começou com uma proposta legislativa (...) o processo foi interessante porque fizemos uma proposta, a indústria resistiu muito, aí a questão era que não tínhamos condições, que o consumidor não ia entender nada, então falamos: “muito bem, vamos fazer uma proposta de porções” e aí a gente pensou numa metodologia para definir porções que foi completamente revolucionária, nenhum outro país tem uma coisa assim, funcionou muito bem e quando a indústria sentiu que o ministério estava mesmo resolvido a fazer isso, então a postura mudou completamente (...)”.

No aspecto da diversidade cultural brasileira, a política também não avançou em relação à diversidade das práticas alimentares regional e local, rural e urbana. A questão da cultura é uma falha de ontem e de hoje, ainda não se conseguiu entender a saúde no seu aspecto simbólico, que se traduz em práticas culturais de alimentação.



“Não contemplar a cultura é se distanciar de algumas questões que estão no campo da informação, da educação e da comunicação que é outro ponto fraco da política também”.

No que concerne às diretrizes de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, no escopo da PNAN, é interessante notar que era muito mais o movimento de quem as estava discutindo do que dos próprios setores do ministério que cuidavam das doenças separadamente. Na opinião de um informante-chave,

“também a gente que estava vendo os dados da obesidade subindo, a associação clara entre a alimentação e outras doenças e a fome, que era a pauta até então marcante na área de nutrição, que fomos buscar outros setores, mas naquele momento não era prioridade para eles contribuir na política de alimentação e nutrição”.

Na opinião de um informante chave, uma ideia – também não contemplada na PNAN e que no Brasil precisa ser equacionada – é uma espécie de código de ética para o relacionamento do setor público com o privado, porque não dá para ignorar o papel da indústria de alimentos nesse contexto:

“Como se relacionar com esse setor entendendo que, aparentemente, temos interesses distintos nesse processo? A indústria quer vender seus alimentos ou produzi-los com o maior lucro possível, enfim acho que não existe um código de relacionamento entre as duas partes ele é necessário – porque é preciso trabalhar juntos, conjugar esforços”.

Não só no campo da alimentação e nutrição, mas em outros setores de políticas públicas, verifica-se a dificuldade dos gestores públicos em lidar com a iniciativa privada, haja vista que *“a tendência é recuar e não querer muito diálogo porque se tem medo de conflito de interesses, ainda mais em um momento de crise como a que estamos vivendo. Isso é uma coisa que a política não aborda e temos que dar conta disso em algum momento”.*

As indústrias de alimentos que não produzirem alimentos mais saudáveis terão menos lucros. Essa é uma tendência mundial, pois,

“quem está investindo hoje em qualquer segmento de alimentação que não busque o alimento saudável vai perder dinheiro para as próximas décadas, porque as pessoas vão exigir selos de qualidade mostrando que o alimento é realmente saudável para o seu coração, para o seu estômago, cada vez mais as pessoas ficarão mais conscientes. Então, tera uma concorrência do mercado sendo que algumas indústrias vão usar este marketing para colocar nos seus alimentos dizendo ser eles mais saudáveis em detrimento de outros. Quando esse grupo se reúne para traçar uma política ouvimos todos eles sendo que o controle social. é que vai direcionar a discussão para que haja consenso entre quem vende e o consumidor, na medida em que a informado é determinante”.

Contraditoriamente, outros discursos dos atores envolvidos apontaram que a Política de Alimentação e Nutrição ainda deixa a desejar porque, na realidade, no final dos anos 90, entre os formuladores dessa política específica e mesmo, com relação aos atores que discutiram e conseguiram inserir a questão da segurança alimentar e nutricional, a questão de doenças ligadas à alimentação não era muito evidente. Ela se centrava na questão da fome, da insuficiência alimentar, da desnutrição, das carências, tudo pelo lado da falta, pelo lado da inadequação da alimentação. Os impactos que poderiam



ter nas doenças crônicas não estavam claros. Eram muito mais ideias defendidas pelos colaboradores dos centros acadêmicos que participaram de todo o processo. “Entrou na agenda, mas não entrou bem até porque tinha outras áreas do ministério que não queriam se sentir subordinadas a uma área de alimentação e nutrição, que não tinha um status muito importante no Ministério”.

Então, no plano das ideias baseadas em evidências, os atores enfatizam que a atual PNAN pode e deve ser aprimorada no que concerne à prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, “porque a obesidade está ganhando, cada vez mais força,” tanto é que ela ressurge agora no final de 2004, com a Estratégia Global da Alimentação Saudável (OMS, 2004), com dados mostrando que tem quarenta milhões de pessoas com sobrepeso, adultos e crianças. Como bem ressalta um entrevistado,

“acho que precisaria dar muito mais atenção do que é dado hoje, mesmo, acho que em termos de formulação a questão da hipertensão e do diabetes, a gente sabe, grosso modo, que as doenças que mais matam são as ligadas ao coração, então, certamente, está precisando de uma formulação em termos de saúde, não só de alimentação, porque já está indo para um padrão de morbidade próximo do primeiro mundo”.

Interesses

Os formuladores de políticas recebem informações de várias fontes, apesar de algumas dessas fontes serem indivíduos que expressam suas opiniões pessoais (ativistas), outras representam a opinião coletiva comum de grupos de indivíduos. Por exemplo, grupos de interesse representam associações profissionais (médicos, enfermeiros, professores), cidadãos ou setores industriais. Junto com as agências governamentais, essas várias partes interessadas formam comunidades de interesse próximas a campos específicos de políticas (saúde, educação, agricultura).

Dentro dessas comunidades, pequenos agrupamentos de partes interessadas interagem para tratar de questões específicas de políticas como, por exemplo, promover a publicação de informações nutritivas em rótulos de alimentos ou atividades físicas nas escolas. Os interesses específicos e a maneira como interagem podem variar conforme a questão. Denominamos esses grupos de interesse centrados em questões específicas e a maneira como interagem, redes de políticas ou comunidades de políticas.

Em alguns casos, o governo pode assumir a liderança na promoção da mudança sobre uma questão específica. Em outros casos, o governo pode não estar disposto a liderar uma mudança em política ou não contar com recursos para isso. Um ou mais interesses fora do governo podem pressionar para que a mudança seja feita.

Apesar da interação entre os interesses e os formuladores de políticas ser mais comum por meio de canais formais, essa interação também é possível de maneira informal. Por exemplo, um formulador de políticas pode conhecer pessoalmente um representante de um grupo de interesse específico e pode conversar informalmente com ele sobre uma questão em um evento social ou público.

Os grupos de interesses estão sempre tentando apresentar suas perspectivas sobre determinada questão a um formulador de políticas relevantes. Alguns desses grupos são



bem organizados e têm uma boa base de recursos. Essa capacidade geralmente permite que consigam influenciar o processo de formulação de políticas mais do que outros grupos com menos recursos. Até certo ponto, os governos dependem de grupos de interesses com boa base de recursos para ajudá-los a decidir o que fazer em relação a uma questão específica. Os governos podem também depender bastante desses grupos ou indivíduos para ajudá-los na implementação de decisões relacionadas às políticas. (ATKINSON, M.M. & COLEMAN, W.D, 1992).

O primeiro conflito no campo das medidas regulatórias, na fase de implementação da PNAN, foi em relação à instituição da legislação sobre rotulagem de alimentos no Brasil, haja vista que se refere a uma discussão entre Estado, sociedade e mercado, local e internacional, envolvendo discussões no âmbito do Mercosul e da Organização Mundial do Comércio (OMC), como enfatiza um informante-chave:

“a gente enfrentou resistência interna, vencemos essa resistência, partimos, conseguimos fazer uma coisa legal, uma proposta boa, só que a gente tinha que se alinhar ao no Mercosul e aí foi a segunda barreira. Esta nos mostrou que onde tinha um marco maior internacional nos dava força política para mover uma agenda, principalmente regulatória, nacionalmente, ou senão a gente ia sempre esbarrar porque mexendo com alimento, no componente legislativo, você acaba mexendo, necessariamente, com o comércio internacional de alimentos e aí tem todo um aparato montado internacional para lidar com isso”.

O Brasil, por meio de seus técnicos participantes das assembleias da OMS, aos poucos, foram interagindo com a área de DCNT internacional. Naquela conjuntura, o Brasil passava por uma fase de implementação de ações dentro da PNAN, relativas à alimentação saudável e necessitava de apoio internacional. Nesse processo, houve a mobilização de técnicos da OMS interessados na área de tabaco, como primeira janela de oportunidades (KINGDON, 1995) para se conseguir tal apoio internacional. Esse foi o primeiro movimento em torno da diretriz de promoção da alimentação saudável e atividade física como estratégia de prevenção das DCNT, no Brasil.

Essa mobilização para a aprovação da alimentação saudável como componente da prevenção, controle e vigilância de DCNT começou com as ações sobre os malefícios do tabaco para a qualidade de vida. Assim, as legislações sobre produção e consumo de tabaco, com um componente regulatório, foi o início da mobilização internacional.

A área técnica da OMS, após ter conseguido colocar a questão do tabaco na agenda internacional, começou uma mobilização interna para regulamentar, institucionalmente a questão da alimentação saudável e da atividade física. Nesse contexto, o Brasil teve um apoio importante da OMS na definição da referida estratégia, haja vista que:

“a gente precisa da atualização da base científica, porque se não tivermos uma base científica sólida a gente não consegue convencer ninguém. Segundo, a gente precisa de um instrumento internacional pactuado entre países que defina a área de ação que nos dê o poder político, porque fazer no Brasil a gente faz, mas a gente precisa de um respaldo político internacional maior”.

A partir da mobilização brasileira, outros países conseguiram pautar uma agenda para discussão da questão em seus países. O Ministério da Saúde, por meio da área de



doenças crônicas, organizou uma reunião, em 2002, com o representante da OMS, que ficou interessado no movimento que estava acontecendo no Brasil.

Essa reunião internacional teve o intuito de mobilizar o interesse institucional da OMS, *“a gente trouxe várias experiências de estados e de municípios para mostrar para eles qual era o movimento que a gente estava fazendo no Brasil”*.

Surgiu assim, um campo de oportunidades, *“foi uma reunião muito bem feita, vieram para cá com uma série de ideias de que realmente isso era importante fazer”*. Assim, se deu a participação central do Brasil no processo de formulação da Estratégia Global, se bem que *“o Brasil não foi o único país, mas, certamente, fomos muito centrais nisso, a partir da minha iniciativa aqui e depois o convite para a visita deles e aí foi quando eles decidiram que era interessante fazer uma Estratégia Global para promover a alimentação saudável”*.

Na Assembléia da OMS, em 2002, o Brasil e mais alguns países, mobilizaram, fazendo um esforço argumentativo e persuasivo, com base em evidências empíricas, mas também com base em conquistas de espaços institucionais no campo das ideias e interesses, para que outros países aprovassem uma resolução pedindo que a OMS elaborasse a Estratégia Global. Desse processo, resultou a composição de um grupo internacional de referência com representantes da comunidade científica e da área de programação. O Brasil foi representado no grupo de trabalho internacional por um técnico da área de saúde pública, que também era da área acadêmica. Porém, *“eles me convidaram para trazer uma perspectiva da saúde pública, do ponto de vista de programação, menos científica e mais programática”* destaca uma entrevistada.

Participaram da composição do grupo, outras organizações internacionais como FAO, UNICEF, etc. Esse grupo tinha a tarefa de trabalhar conjuntamente com a OMS, no sentido de formular os marcos regulatórios da Estratégia Global de Alimentação Saudável e Atividade Física, a partir de 2002, como ilustra o informante-chave: *“foram dois anos, em termos de processo, mais ou menos, parecido com o processo de formulação de política [PNAN] do Brasil”*.

O processo de elaboração da Estratégia Global se iniciou com o desenvolvimento de um documento técnico, nos moldes da PNAN, como primeiro esboço. O referido documento foi submetido a uma discussão regional, de acordo com os territórios demarcados pela OMS. Cada uma das regiões realizou discussões sobre o documento, na perspectiva de demandas específicas. Ao mesmo tempo, a OMS realizava uma discussão com as organizações não governamentais do campo para captar a perspectiva do consumidor. As discussões envolveram também o setor privado. O processo de formulação da Estratégia Global da OMS culminou num texto final que foi aprovado em 2004.

Assim, fica claro que o processo de formulação e implementação da PNAN, de 1999 a 2004, principalmente em sua diretriz da alimentação saudável, contribuiu para a formulação da Estratégia Global em 2004. De um lado, como política pública nacional, a PNAN saiu fortalecida com a Estratégia Global. De outro, a Estratégia Global também foi construída e fortalecida com base na experiência dos países membros, como ilustra este entrevistado:



“Por outro lado, a Estratégia Global se alimenta muito das experiências dos países, é uma coisa de mão dupla, precisávamos de um apoio internacional. Agora que estou do lado de cá, da realidade, da experiência, da prática dos países, por exemplo, uma das coisas que eu pedi para o ministério – o Novo Guia Alimentar do Brasil – foi lançado agora. O slogan que o ministério criou se chama “Alimente sua Saúde”. Achei maravilhoso, conceito simples, diz tudo para mim. E é um produto de uma coisa compartilhada com os estados, discutida, votada, melhor ainda porque é um conceito que foi trabalhado, tem mais respaldo. Então, já traduzimos para todas as línguas, com uma chamadinha que a gente agradece ao Brasil por ter oferecido o slogan, etc.”.

Instituições

Quando falamos de política pública, nos remetemos não só à perspectiva do Estado em ação, ou seja, designa o processo pelo qual são elaborados e postos em prática programas e ação pública traduzidos em dispositivos político-administrativos coordenados, em princípio, em torno de objetivos explícitos (MULLER & SUREL 1998), bem como às ações ou omissões do Estado em relação às demandas da sociedade (O'DONNELL, 1982, 1986).

As instituições, no estágio de formulação de políticas, são as estruturas e processos formais por meio dos quais os formuladores decidem sobre as questões de política pública. Entre as estruturas formais estão: o executivo político; os ramos legislativo, burocrático e judiciário do governo; regras formais criadas por meio de legislação; regulamentações e decisões judiciais; estruturas e processos formais do governo, incluindo ministérios e agências (ROTHSTEIN, 1998).

A maneira como um governo se organiza pode ter uma influência significativa em sua capacidade de responder a questões de saúde pública. Por exemplo, a organização tradicional dos ministérios da saúde de muitos países faz com que se concentrem principalmente em atender às exigências legislativas do financiamento de serviços hospitalares e de médicos. Esse enfoque pode causar atraso no reconhecimento de outras possíveis opções de promoção à saúde e prevenção de doenças no uso dos recursos públicos para manter as pessoas saudáveis.

A realidade de mandatos organizacionais divergentes e a falta de experiência em transpor os limites setoriais para produzir políticas harmonizadas é um obstáculo reconhecido nos fatores determinantes da abordagem à formulação de políticas (LAVIS, *et al.* 2001).

Apesar de várias maneiras alternativas de examinar o setor da saúde terem sido sugeridas na literatura (MCKAY, 2001), a predisposição existente, criada pela legislação atual, e estruturas e processos correlatos podem ter criado uma maior tendência contra a consideração de novas idéias sobre políticas. As abordagens organizacionais não tradicionais podem ser um fator crucial na capacidade do governo de responder eficazmente às questões atuais e emergentes relacionadas à saúde pública (DESVEAUX *et al.* 1994).

Assim, o processo de elaboração da PNAN, como já foi analisado, se iniciou no âmbito do Ministério da Saúde, no lócus do Estado, espaço concreto em que suas diretrizes



políticas foram construídas, debatidas e negociadas entre gestores de políticas governamentais, atores da sociedade civil e do mercado.

Como ponto de partida para as negociações, concertações e argumentações foi encomendado a um grupo de especialistas na área de alimentação e nutrição, ex-integrantes dos quadros do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, um documento básico no qual estivessem presentes elementos de evidência científica para a força da argumentação e persuasão necessárias à formulação de políticas públicas. Como nos lembra Majone, a política pública é feita de palavras. Em forma escrita ou oral, a argumentação é essencial em todas as etapas do processo de formulação de políticas (MAJONE, 1997, p.35). Com base nesse primeiro documento, que teria a força argumentativa baseada em evidência empírica sobre os problemas no campo da alimentação e nutrição, os técnicos responsáveis pela área realizaram três grandes reuniões, com representatividade de instituições de governo e de representações da sociedade civil.

“Sem dúvida, creio que foi a primeira grande experiência na qual a política não foi proposta verticalmente, de cima para baixo, mas foi debatida, consensuada pela contribuição de várias instituições”.

Como nos lembra ainda Majone em toda organização, pública ou privada a discussão é um processo contínuo. O autor argumenta que o processo de discussão, tendo em vista o convencimento, perpassa todo o sistema político. Esse processo, no seio das organizações, é tão evidente que se encontra tanto na base da política e da democracia, que se poderia chamar a democracia de um sistema de governo mediante a discussão. Tanto os atores do Estado, como da sociedade, interessados em um campo de política, tais como os partidos políticos, o legislativo, o executivo, os tribunais, a mídia, os grupos de interesse e os especialistas independentes intervêm no processo contínuo de debate e convencimento mútuo (MAJONE, p.35).

Aqui caberia uma indagação: como se deu esse processo de persuasão e convencimento dos técnicos especialistas, com base em um documento básico, sobre a necessidade de elaboração de uma política específica para o campo de alimentação e nutrição?

Como explicitamos no item referente ao processo histórico dos contextos de formação e constituição da agenda pública no campo da alimentação e nutrição, no Brasil, a maioria dos atores entrevistados argumentou que, a partir da extinção do INAN, a área de nutrição ficou muito fragmentada dentro do Ministério da Saúde, assim como outras áreas conexas e de distribuição das responsabilidades de diferentes programas, como, por exemplo: área da alimentação da criança ficou com alguns programas e a Fundação Nacional de Saúde com outros.

O processo de extinção do INAN e conseqüente fragmentação das ações no âmbito de Ministério da Saúde geraram um descontentamento na comunidade de nutricionistas, não só daqueles lotados no INAN e realocados em áreas técnicas do Ministério da Saúde como também de nutricionistas de alguns estados da Federação. A decisão gerou ainda indignação da comunidade científica nacional, com repercussões nos organismos internacionais ligados à área.



Em nível institucional, a área de alimentação e nutrição possuía três elementos indispensáveis para a formulação da política: a) uma questão nacional traduzida pela relevância epidemiológica do problema e inserida na agenda pública governamental, para responder às demandas socialmente problematizadas no campo da saúde pública; b) uma conjuntura favorável dentro do próprio Ministério da Saúde, no sentido de reorganizar e recompor o campo da alimentação e nutrição (recursos humanos, técnicos, orçamentários); c) a pressão política de atores do Estado e da sociedade civil interessados na redefinição da ação do Estado no campo da alimentação e nutrição.

A PNAN foi a segunda política a ser regulamentada no MS, por meio da portaria Nº 710, de 10 junho de 1999, e representou decisão político-administrativa, institucional e setorial do MS, aos problemas de alimentação e nutrição, bem como aos problemas institucionais causados pelo esvaziamento do INAN até a sua extinção.

De fato, foram três processos paralelos que se queria realizar: de um lado reorganizar a área de alimentação do ponto de vista administrativo, técnico e político, de outro, desenhar e definir uma política de alimentação e nutrição para o país e, finalmente, dar continuidade às ações governamentais ainda em execução no campo, mesmo com a extinção do INAN, como argumenta este entrevistado:

“no processo de formulação da política [PNAN] a gente não podia esperar que ela estivesse regulamentada para reorganizar os programas, ao mesmo tempo não podíamos reorganizar os programas, [no Ministério da Saúde] sem um marco político que desse um arcabouço mais sólido para movimentar (...) Do ponto de vista administrativo a gente começou a reunir novamente na Secretaria de Política de Saúde, na época, os diversos ações de intervenções nutricionais que estavam espalhadas”.

Do ponto de vista político-institucional, como argumentam os entrevistados da área técnica, as ações que ficaram fragmentadas referiam-se a área de alimentação infantil, iniciando por aleitamento materno e alimentação complementar, os programas de combate à desnutrição/carências nutricionais, assim como programas na área de micronutrientes: programa de redução do sal, programa de distribuição de vitamina A. Havia também iniciativas na área de combate à anemia.

Esse momento de crise, na fase de reorganização das ações de alimentação e nutrição, no âmbito institucional, favoreceu a interlocução de áreas de formulação e implementação de políticas. Começava-se a abordar, de forma embrionária, a necessidade de promoção da alimentação adequada e a necessidade de se estruturar ações, já com idéia de prevenção de doenças crônicas. De fato, a área de alimentação e nutrição, naquela conjuntura, iniciou uma interlocução com a área de doenças crônicas, em ações relacionadas a dietas para diabéticos, para hipertensos, mas de forma ainda embrionária.

Em 1998, algumas ações já estavam em andamento e iniciava-se o processo de formulação da PNAN. Ou seja, os processos de formulação e de implementação da política ocorreram de forma simultânea.

No âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do MS, naquela época, o processo de formulação da política iniciou-se como parte da metodologia que foi determinada pela área técnica, para a formulação de políticas públicas no campo da saúde.



Tal metodologia se iniciava por meio da elaboração de documento técnico, que foi encomendado a três técnicos, cujos nomes eram referências na área de nutrição, e eles então elaboraram a versão preliminar. O documento básico descrevia o quadro epidemiológico do problema, a proposta da política, suas diretrizes e depois as responsabilidades para cada um dos parceiros do SUS.

Após a elaboração do documento básico, foi necessário submetê-lo a um processo de consulta aos atores do Estado, da sociedade e do mercado interessados no campo. Como argumenta um informante-chave, o processo institucional de formulação e aprovação da PNAN.

“foi um processo o mais inclusivo possível porque isso era o que se queria no processo de formulação de política por isso que a condução na área administrativa, ou seja, a reorganização dos programas de certa maneira em paralelo com o projeto de formulação da política foi interessante porque o processo inclusivo da formulação de política acabou sendo espelhado na forma com que a gente estava reconcebendo os programas e redesenhando-os, ou melhorando ou mesmo mantendo-os”.

O referido documento básico foi apresentado também num fórum de discussão, realizado na OPAS. Nesse fórum, foram identificados os principais atores da área de nutrição, principalmente aqueles ligados ao Poder Executivo.

A partir da identificação dos atores interessados na área, a comissão instituída para a formulação da política, chamou outros ministérios, atores do poder legislativo e da sociedade civil, incluindo os movimentos organizados, o setor privado da área de alimentos e a comunidade científica e internacional.

Com relação aos atores da sociedade civil, os entrevistados ressaltaram a importância do trabalho de consulta realizada com o Fórum Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (FBSAN) que reunia uma representação ampla da sociedade, que tinha remanescentes da Ação da Cidadania Contra a Fome e a Miséria (1992-1994).

O FBSAN foi criado em 1998. Entre os principais objetivos e ações que vêm sendo implementados ao longo de sua trajetória, destacam-se (FBSAN, 2003):

- a) Mobilizar a sociedade em torno do tema da Segurança Alimentar e Nutricional e colaborar para a formação de uma opinião pública favorável a esta perspectiva.
- b) Fomentar a elaboração de propostas de políticas e ações públicas nacionais e internacionais em Segurança Alimentar e Nutricional e Direito Humano à Alimentação. Inserir a temática na agenda política nacional, estadual e municipal e colaborar para o debate internacional sobre o tema.
- c) Inserir a temática da Segurança Alimentar e Nutricional na agenda dos governos nos diferentes níveis.
- d) Estimular o desenvolvimento de ações locais/municipais de promoção da Segurança Alimentar e Nutricional.



- e) Colaborar para a capacitação dos atores da sociedade civil visando aperfeiçoar a participação efetiva da sociedade nos diferentes espaços de gestão social.
- f) Denunciar e monitorar as respostas governamentais quanto às violações ao direito à alimentação.

O Fórum Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional era composto por aproximadamente 120 organizações não-governamentais interessadas em respostas aos problemas da fome, da miséria e da insegurança alimentar e nutricional no Brasil. A contribuição do referido fórum foi expressiva, não só quanto ao conteúdo, mas pela inclusão de outras organizações que foram individualmente convidadas como a Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN), os movimentos organizados por nutricionistas que embora fizessem parte do fórum tinham também uma participação específica, não só por meio do deste, mas também como entidade de classe interessada na formulação da política.

Como enfatizou um entrevistado,

“então era muito híbrido de participação por representação e de participação direta, no total estimamos que tivessem 120 grupos organizados participando dos debates e também do setor privado que achamos que devia estar também no debate desde o início para assumir a responsabilidade em toda essa agenda”.

Naquela conjuntura, foi relevante na cena política o movimento dos nutricionistas que, por intermédio de um dos congressos de nutrição realizado em Brasília, conseguiu chamar a atenção da sociedade, por meio da mídia, para a importância da realização do direito humano à alimentação, da incorporação da alimentação como direito, passando então essa discussão a ser cada vez mais incorporada à formulação da política.

A reunião de trabalho, realizada na OPAS em 1998, como primeira oportunidade de compartilhar um documento puramente técnico num fórum de natureza eminentemente política foi oportuna para que os gestores governamentais comesçassem a identificar que a abordagem, a filosofia, o eixo central da PNAN deveria ser a alimentação como direito humano.

Porém, ao mesmo tempo em que era um avanço no campo da concepção, das idéias e valores, os gestores governamentais ainda não tinham clareza de como proceder para a incorporação dessa nova terminologia na agenda governamental, ou seja, a alimentação e nutrição como direito humano. Como ilustra um informante-chave, *“como lidar com isso, um campo novo, inclusive ainda o é, o que isso significa conceitualmente em termos de discurso, mas o que significa em termos programáticos, ninguém fazia ideia”.*

Assim, foi preciso que os técnicos pedissem auxílio da área de direitos humanos do Ministério da Justiça. Formou-se então um pequeno grupo de redação, para que com o apoio dos especialistas da área de direitos humanos, pudesse reler o texto básico da política, sob a ótica do direito humano à alimentação.

Na esfera institucional, ao mesmo tempo em que se concertava o texto básico, a partir das contribuições dos diversos atores interessados, os técnicos do Ministério da



Saúde que já estavam reorganizados na Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) queriam testar as implicações programáticas daquele discurso em gestação (direito humano à alimentação), a partir das seguintes indagações: o que significa esse novo discurso? Trata-se de mais uma retórica ou tem consistência programática? Na opinião de um entrevistado foi uma conjuntura de discussão que gerou vários questionamentos e debates durante o processo de formulação da política. Esses questionamentos geraram inclusive a oportunidade de se testar, do ponto de vista pragmático-programático, esse discurso nas ações concernentes à área de anemia.

A área técnica decidiu pela escolha da área de anemia como primeiro exemplo para a materialização do conceito de direito humano em termos programáticos, ou seja, a discussão metodológica do: Como fazer para que os programas de combate à anemia pudessem contribuir para a realização do direito humano à alimentação? Como lidar com o problema da anemia nesse contexto, nesse arcabouço do direito? Desta forma, era preciso apelar para a responsabilidade de cada gestor.

O direito implica em deveres de vários atores e estes devem ser pactuados em prazos, construção de indicadores, decisão sobre as formas de divulgação da informação e mobilização da sociedade, alocação de recursos humanos e materiais, elaboração de protocolo de resultados, dentre outros aspectos, referentes aos processos de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas. O pacto foi devidamente firmado em um documento oficial, que foi assinado pelos parceiros.

No âmbito institucional e dos instrumentos de ação, a mudança no plano conceitual também demandou uma ampla discussão sobre as implicações programáticas do conceito de direito humano à alimentação, como valor no campo das idéias na PNAN. Uma questão fundamental na compreensão dos interessados se referia à relação das instituições do Estado com os “beneficiários” dos serviços públicos. Na concepção de um entrevistado seria necessário mudar a relação entre Estado, sociedade e mercado, no sentido de que o sujeito da ação deixe de ser apenas objeto de políticas públicas, para ser também um participante, *“o cidadão tem que saber que a alimentação é um direito, para si próprio e para sua família, não é apenas uma benefício”*. Essa mudança de olhar sobre o sujeito da ação profissional implica também capacitar os recursos humanos para a entrega de serviços da área da saúde para que eles tenham a convicção de que estão atendendo um direito.

Nesse sentido, em âmbito institucional, com a aprovação da PNAN desencadeou-se um processo permanente de capacitação de recursos humanos envolvidos em atividades de planejamento, monitoramento e avaliação, de forma descentralizada, como preconiza a Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, *“capacitamos todos os estados [da Federação] num processo interessante, depois os estados fizeram os seus planos de capacitação dos municípios, treinaram todos os municípios”*.

O processo de capacitação, inicialmente, se baseou na desconstrução de dois conceitos: segurança alimentar nutricional e direito humano à alimentação. A coordenação de capacitação desenvolveu uma metodologia de aprendizagem em que os participantes construíram os conceitos à luz de suas experiências e *“começavam a perceber que eram capazes de fazer alguma coisa para modificar aquela realidade”*.



A partir do processo de aprendizagem, a equipe começou a desenvolver uma série de pesquisas de opinião, que culminou na modificação do programa principal, que era distribuição do leite, com enfoque assistencialista. Vislumbravam-se programas mais inclusivos que culminaram nas diretrizes da PNAN. Assim, o processo de elaboração da PNAN na argumentação de um entrevistado foi inclusivo, participativo e sólido. Tanto que essa política permanece até os dias atuais como política oficial do Ministério da Saúde, *porque uma política, ela tem que ter uma vida mais longa.*

A argumentação em torno da diretriz referente ao direito humano à alimentação avançava, na medida em que as discussões sobre a diretriz relativa à intersectorialidade da política de alimentação e nutrição, com as demais políticas setoriais (educação, agricultura, trabalho, desenvolvimento social, dentre outras) demandavam uma articulação imediata da área com algumas pastas setoriais envolvidas no processo de formulação.

Segundo um entrevistado, um exemplo marcante diz respeito à indefinição do grupo de trabalho, encarregado da concepção e formulação da política, sobre o seguinte impasse: tratava-se de uma política de segurança alimentar que abarcaria toda a dimensão da segurança alimentar, desde a produção até a utilização biológica do alimento ou ela seria um recorte da área de saúde, uma política setorial inserida em uma política mais ampla de segurança alimentar?

Lembra um informante-chave, que a decisão foi tomada pela segunda definição, ou seja, pelo recorte setorial da saúde, por dois motivos: primeiro, porque a demanda realizada pelos técnicos, naquele ano, no MS, era de formular uma política no campo da alimentação e nutrição que compusesse a política nacional de saúde. Segundo, porque os técnicos consideravam que a agenda da saúde, no campo da segurança alimentar ainda era frágil e inacabada.

“Assim, tínhamos de definir essa agenda (...) fazer bem a nossa parte, contribuir para a segurança alimentar... Ela [PNAN] foi, na verdade, formulada como política da saúde, no campo da saúde e endossada pelo Ministério da Saúde. Ela foi definida desde o início que assim seria, quer dizer, quando chegou à etapa de discussão no Conselho Nacional de Saúde foi que se percebeu que a saúde não dava conta da nutrição. Mas, se a saúde não dá conta da nutrição, como é que vamos lidar com a intersectorialidade e com as políticas dos outros setores e aí foi quando se reabriu o debate em todos os níveis, então a gente contribui para o debate intersectorial, mas não vamos assumir uma responsabilidade sobre todo o espectro de ações que são necessárias para a segurança alimentar”.

Nas instâncias de deliberação sobre a concepção da política, o Conselho Nacional de Saúde foi um ator-chave. Assim, argumenta um entrevistado que quando o texto da política passou por esse Conselho, a necessidade de argumentação em torno da idéia da intersectorialidade, de um lado, e amplitude e complexidade da idéia da segurança alimentar de outro, ganhou centralidade no debate. Desse debate e da força argumentativa dos especialistas e dos militantes do campo, nasceu a primeira diretriz da PNAN: a necessidade de ações intersectoriais para garantia da alimentação humana, portanto política pública, como dever do Estado e direito de cidadania, que culminou no texto integral da PNAN que foi regulamentada pela portaria nº. 710, de 13 de junho de 1999.

Instrumentos de política e planos de ação relacionados às diretrizes da PNAN (1999-2005)

Segundo o diagrama de análise dos processos de formação da PNAN, da página 15, os instrumentos de políticas públicas se referem às legislações, custos, programas e serviços que concretizam a ação do Estado, em um campo específico de intervenção.

O processo de formulação da PNAN evidenciou a formação de uma comunidade de políticas formada por grupos e redes que tinham interesses convergentes e divergentes sobre a concepção das diretrizes da PNAN, como analisados nos eixos relativos ao contexto, instituições, ideias com os principais interessados no campo da alimentação e nutrição no Brasil, naquela época (1990/1999), conforme diagrama a seguir:

Comunidade de Política: formulação da PNAN (1990-1999)





Após a aprovação da PNAN, em 1999, vários são os atores do Estado e da sociedade civil interessados por instrumentos de políticas públicas que regulamentam o setor de alimentação e nutrição, incluindo-se planos, programas e serviços. Destacaremos, a seguir, os mais importantes por área de políticas setoriais do governo brasileiro, no período de 1999 a 2005, conforme o diagrama abaixo:

Comunidade de Política: Implementação da PNAN (1999-2005)





Programas relacionados à PNAN e a SAN (1999-2005)

Ministério da Saúde

Em março de 1998, o Ministério da Saúde instituiu o Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais (ICCN), por meio da portaria ministerial nº. 2.409, de 23/03/98 (BRASIL, MS/SAS/CGPAN, 1998).

Tratava-se de um programa de incentivo financeiro para o desenvolvimento de ações para combate à desnutrição, repassado aos municípios brasileiros, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde e como parte integrante do Piso de Atenção Básica - PAB.

Com base na portaria que instituiu o Programa, foram considerados prioritários para receber o incentivo financeiro, os grupos de crianças compreendidas na faixa etária entre 6 a 23 meses. Outros grupos atendidos eram gestantes, idosos e crianças de 24 a 59 meses. Aos beneficiários eram distribuídos mensalmente 3,6kg de leite em pó integral (ou 30 litros de leite fluido pasteurizado) e 1 lata de óleo de soja para as crianças de 6 a 23 meses. Para cada criança desta faixa etária, portanto, era destinado o equivalente a R\$180,00/ano em leite e óleo de soja. Recursos adicionais iguais a 50% do total transferido para o atendimento nutricional das crianças de 6 a 23 meses, eram também repassados para cada município destinado ao atendimento a outros grupos populacionais (gestantes, mães amamentando, crianças com mais de 24 meses de idade, idosos, etc.) ou para que realizassem outras ações de promoção da alimentação e nutrição adequadas.

No ano de sua instituição, em 1998, a cobertura do ICCN abrangeu 3.225 municípios, atingindo 597.725 beneficiários. Em 1999, houve ampliação, abrangendo 4.793 municípios, perfazendo um total de 850.013 beneficiários. Em 2000, atingiu-se o atendimento a 871.098 beneficiários em 5.026 municípios. Até dezembro de 2001 foram qualificados 5.127 municípios, com um total estimado da ordem de 880.000 crianças, gestantes e idosos atendidos. No final de 2001, o ICCN abrangia 92% dos municípios brasileiros, atendendo 95% do total de beneficiários previstos na predição (922.536 beneficiários). Desde a instituição do ICCN em 1998, o teto financeiro anual foi da ordem de R\$167 milhões. No período 1998 a 2002, foram repassados cerca de R\$574,60 milhões, como incentivo ao combate às carências nutricionais (BRASIL/MS/CGPAN, 1998).

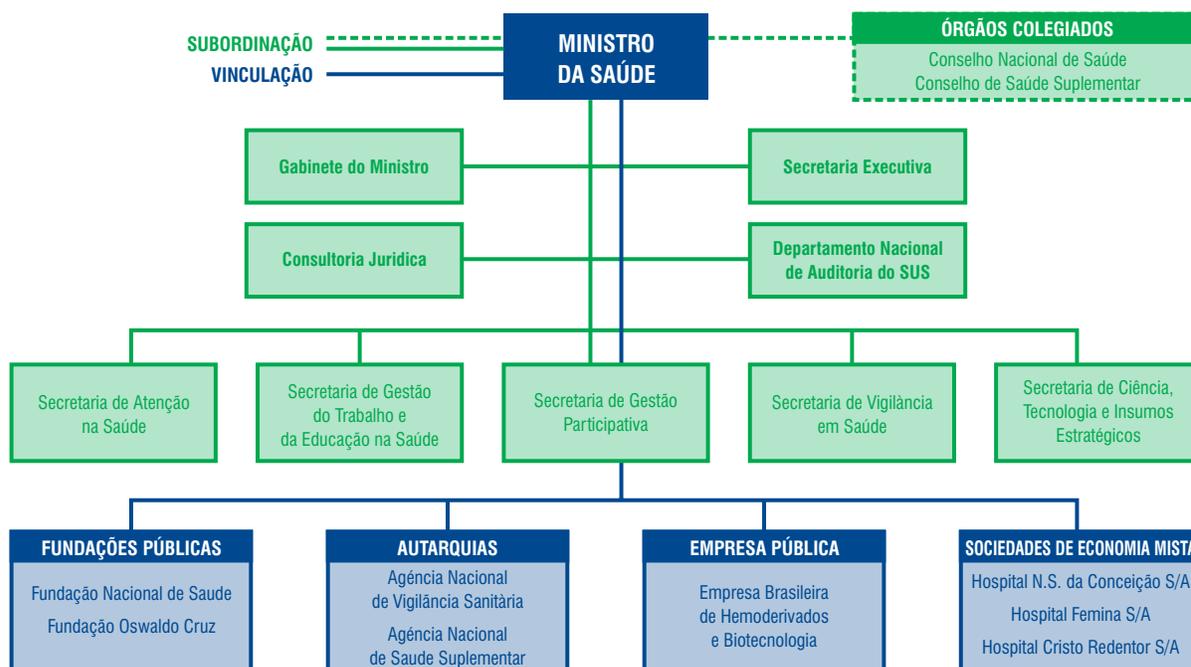
Segundo o histórico do ICCN, elaborado, pela CGPAN, no período de sua vigência, até 2001, foram constatados os seguintes resultados: a) aumento do percentual de crianças beneficiárias com vacina em dia; b) aumento do percentual de crianças e gestantes beneficiárias com avaliação ponderal em dia; c) aumento do percentual de gestantes beneficiárias com vacina antitetânica em dia; d) aumento do número de consultas pré-natais entre gestantes beneficiárias; e) aumento do percentual de responsáveis que comparecem em atividades educativas; f) aumento do percentual de mulheres capazes de responder corretamente sobre aleitamento materno e práticas alimentares saudáveis; e, g) aumento da qualidade da informação prestada pelas mães.

Em 2001, por meio da medida provisória Nº. 2.206 de agosto de 2001, instituiu o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Saúde – Programa Bolsa-Alimentação (PBA). Como informa o relatório elaborado pela CGPAN (2003), houve adesão de grande parte dos municípios brasileiros até dezembro de 2002, inviabilizando a manutenção dos dois



programas (PBA e ICCN), razão pela qual, foi tomada a decisão gerencial, em outubro de 2002, por meio da publicação da portaria GM/MS 1920 dispondo que “a partir de janeiro de 2003, inclusive, seriam encerrados os repasses a que se refere a portaria GM-MS 709 de 10 de junho de 1999, que trata do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais – ICCN”.

Em 2003, O Ministério da Saúde, já possuía sua estrutura organizacional definida tal com é hoje:



Em sua estrutura organizacional a área de alimentação e nutrição está vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, que possui as seguintes competências (Art. 13, cf. decreto nº. 5.678, de 18 de janeiro de 2006).

- I– participar da formulação e implementação da política de assistência à saúde, observados os princípios e diretrizes do SUS;
- II– definir e coordenar sistemas de redes integradas de ações e serviços de saúde;
- III– estabelecer normas, critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade e avaliação da assistência à saúde;
- IV– supervisionar e coordenar as atividades de avaliação;
- V– identificar os serviços de referência para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- VI– elaborar e propor normas para disciplinar as relações entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;



- VII- coordenar, acompanhar e avaliar, em âmbito nacional, a atividades das unidades assistenciais do Ministério;
- VIII- participar de cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional de Estados, Municípios e do Distrito Federal;
- IX- coordenar a formulação e a implantação da política de regulação assistencial do SUS;
- X- promover o desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para a reorientação do modelo de atenção à saúde, tendo como eixo estruturador as ações de atenção básica em saúde; e
- XI- participar da elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão do SUS, nos três níveis de governo.

A estrutura da SAS, atualmente, comporta cinco departamentos e um instituto, a saber:

1. Departamento de Atenção Especializada;
2. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas;
3. Departamento de Atenção Básica;
4. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas;
5. Instituto Nacional do Câncer;
6. Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro.

O conteúdo da alimentação e nutrição é de responsabilidade da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) relaciona-se, na estrutura orgânica do Ministério da Saúde, ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde.

Sua missão é programar ações de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), destacando-se como suas atribuições:

- I- planejar, orientar, coordenar, supervisionar e avaliar o processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, visando a melhoria das condições nutricionais da população no curso da vida e observando os princípios e diretrizes do SUS;
- II- propor, planejar, normalizar, gerenciar, monitorar e avaliar, em âmbito nacional, a execução de planos, programas, projetos, ações e atividades necessárias à concretização da Política Nacional de Alimentação e Nutrição;



- III– articular-se com os Estados, Municípios e o Distrito Federal, de modo a estimular sua adesão aos programas e projetos na área da Alimentação e Nutrição e prestar-lhes cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional na área.
- IV– promover a articulação com órgãos, entidades e agências de fomento, de financiamento e de pesquisa, nacionais e internacionais, para o desenvolvimento de projetos de cooperação, estudos e pesquisas em alimentação e nutrição;
- V– promover e incentivar a educação continuada dos recursos humanos envolvidos na implementação de todos os programas e projetos componentes da PNAN;
- VI– fomentar e participar de atividades intersetoriais para o planejamento e implementação da política e de planos, programas, projetos e atividades de segurança alimentar e nutricional sustentável.

Assim a CGPAN programa ações no campo da alimentação e nutrição, seguindo as diretrizes da PNAN e sua execução no âmbito dos estados e municípios, com destaque para a Promoção da Alimentação Saudável (PAS), que tem como objetivo apoiar os estados e municípios brasileiros no desenvolvimento de ações e abordagens que contribuam para a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Segundo o gestor governamental responsável, no âmbito do Ministério do Planejamento responsável pela avaliação gerencial do Programa Alimentação Saudável, (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, 2002).

“Em janeiro de 2000, o Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais já estava implantado em 87% dos 5.507 municípios brasileiros, com uma estimativa de 850 mil beneficiários (92% da cobertura máxima prevista). Os recursos do ICCN repassados aos municípios em 1999 superaram o montante de R\$ 127 milhões. Em 2000, foi ultrapassada a marca de R\$ 152 milhões aplicados no combate às Carências Nutricionais. Nesse ano, o Programa Alimentação Saudável estava estruturado em quatro ações principais com recursos previstos no PPA 2000 - 2003. No período 2000-2002 não houve problemas de continuidade nos fluxos financeiros que atrapalhassem a execução do Programa Alimentação Saudável. Os recursos pertinentes ao Programa Alimentação Saudável não sofreram interrupção durante o ano 2002. Não houve problemas de continuidade nos fluxos financeiros que atrapalhassem a execução do Programa Alimentação Saudável. Ainda assim, o cumprimento das metas físicas ficou abaixo do previsto. Os recursos materiais e a infraestrutura são adequados para a implementação do Programa, assim como os recursos humanos. Não houve alterações na lei orçamentária em 2002 que afetassem o Programa Alimentação Saudável”.

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN foi preconizado na década de 70, na Conferência Mundial de Alimentação (Roma, 1974), recomendado pela OMS, OPAS, FAO e UNICEF, com o objetivo de: “(...) monitorar as condições dos grupos desfavorecidos da população de risco, e proporcionar um método de avaliação rápida e permanente de todos os fatores que influenciam os padrões de consumo alimentar e o estado nutricional” (FAO/OMS, 1974).



No Brasil, o início da implantação do SISVAN foi em 1977 tendo como proposta a organização de um sistema de informação para a vigilância do estado nutricional e da situação alimentar da população brasileira. Sua regulamentação veio, posteriormente, em 1990 pela portaria do Ministério da Saúde nº. 080 (16/10/1990) sendo sua existência a nível municipal considerada pré-requisito para o repasse de recursos federais para as ações de combate à desnutrição. Atualmente, tem-se a portaria ministerial de 2.246 de 18/10/04 que institui e divulga orientações básicas para a implementação das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do SUS, em todo o território nacional. As três áreas temáticas propostas inicialmente pelo SISVAN, no Brasil, foram:

- Estado nutricional / Carências específicas
- Consumo alimentar
- Desempenho e qualidade do serviço

Estas áreas temáticas têm como objetivos básicos a disponibilização de informações para o planejamento de ações para prevenção e controle dos distúrbios nutricionais da população.

O SISVAN foi concebido com a finalidade precípua de reunir informações que venham a subsidiar políticas públicas voltadas à melhoria das condições nutricionais da população; manter o diagnóstico atualizado da situação do país no que se refere aos problemas da área de alimentação e nutrição que possuem relevância em termos de saúde pública; identificar as áreas geográficas e grupos populacionais, sob risco, avaliando as tendências temporais de evolução dos problemas detectados e reunir dados que possibilitem identificar e ponderar os fatores mais relevantes na gênese desses problemas.

O SISVAN tem importância peculiar na área da alimentação e nutrição, pois,

“Na atualidade, os fundamentos doutrinários e estratégicos do SISVAN no Brasil se tornam singularmente oportunos, pertinentes e relevantes, desde que se formalizou a partir de 2003, a segurança alimentar e nutricional reconhecida como a grande prioridade do governo e da sociedade brasileira. Na área de saúde, este papel assume uma importância muito especial, com o dinamismo do processo de transição alimentar e nutricional que o país vivencia. Diversificou-se o espectro de problemas, universalizando-se uma pauta variada de demandas para todas as idades e para todos os estratos sócio-econômicos”. (BATISTA FILHO, 2004).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição propõe para o SISVAN o monitoramento da situação alimentar e nutricional, de modo a agilizar os seus procedimentos e a estender sua cobertura a todo o País. A consolidação do Sistema é feita, especialmente, com o apoio de Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição espalhados pelo País, e as Áreas Técnicas Estaduais em Alimentação e Nutrição existentes na totalidade dos estados e em centenas de municípios brasileiros.

A atuação do SISVAN compreende a descrição contínua e a predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população, bem como de seus fatores determinantes. No monitoramento da situação alimentar e nutricional, o Sistema deve se concentrar na atenção a gestante e no crescimento e desenvolvimento das crianças,



servindo de eixo para todo trabalho empreendido na rede de serviços, de forma especial na atenção básica de saúde, inclusive considerando o compromisso de sua universalização. No âmbito da rede de serviços, o SISVAN deve se incorporar às rotinas de atendimento monitorando o estado nutricional de cada usuário, visando a detecção da situação de risco e a prescrição de ações que possibilitem a prevenção de seus efeitos e a garantia da reversão ao quadro de normalidade. Uma outra prioridade é o mapeamento das endemias carênciais, de modo a evidenciar a sua distribuição espacial e a indicar a magnitude da ocorrência da desnutrição energético-protéica, da anemia, da hipovitaminose A e da deficiência de iodo e o acompanhamento da situação das doenças crônicas não transmissíveis relacionadas com a alimentação e estilos de vida considerados inadequados.

Portanto, o SISVAN tem como missão produzir um elenco básico de indicadores capazes de sinalizar os eventos de maior interesse, tais como: disponibilidade de alimentos, aspectos qualitativos e quantitativos da dieta consumida, práticas de amamentação e perfil da dieta complementar pós-desmame, distribuição do peso ao nascer, prevalência da desnutrição energético-protéica, de anemias, do sobrepeso, das deficiências de iodo e de vitamina A e das demais carências de micronutrientes relacionadas às enfermidades crônicas não-transmissíveis.

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

A partir da década de oitenta, a crescente participação popular e de entidades representativas de diversos segmentos da sociedade no processo político moldaram a concepção vigente de vigilância sanitária, integrando, conforme preceito constitucional, o complexo de atividades concebidas para que o Estado cumpra o papel de guardião dos direitos do consumidor e provedor das condições de saúde da população (EDUARDO e MIRANDA, 1998).

Dessa forma, tornou-se prioritário, pelo governo, a criação da Agência Brasileira de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 1999, pela lei 9.782/99. As atribuições da Vigilância Sanitária estão descritas dentre as competências do Sistema Único de Saúde (SUS), art. 200 da Constituição Federal, isto é executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador". A execução dessas ações de vigilância sanitária está incluída nos campos de atuação do SUS – Inciso I, alínea "a" do Art. 6º e integra o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária definida na lei que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

O Brasil possui um sofisticado Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Desse Sistema o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), os Centros de Vigilância Sanitária Estaduais, do Distrito Federal e Municipais (VISAS), os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENS), o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), e os Conselhos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, em relação às ações de vigilância sanitária.

As ações de vigilância sanitária diretamente relacionadas à alimentação são duas:

a) rotulagem de alimentos; b) segurança alimentar.



a) rotulagem de alimentos

A rotulagem de alimentos vem sendo muito discutida atualmente. De acordo com a legislação (portaria nº 42, de 14 de janeiro de 1998) desde 18 de setembro de 2001 as rotulagens de todos os alimentos devem ser padronizadas.

Trata-se de um conjunto de ações iniciado no sentido de promover a alimentação saudável da população brasileira. Essas ações, ao mesmo tempo em que facilitam o controle das doenças crônicas não transmissíveis, e seus fatores de risco, também contribuem para a melhoria do estado nutricional da população de idosos. Tornou-se obrigatória a apresentação do conteúdo nutricional nos rótulos de todos os alimentos embalados possibilitando ampla divulgação de uma série de medidas informativas e educativas

Desse esforço, foram editados vários instrumentos regulatórios pelo Ministério da Saúde.

Além das portarias acima, foram emanadas da ANVISA as seguintes resoluções, levando-se em conta os objetivos determinados pela PNAN:

- Resolução RDC nº28, de 28 de março de 2000. Aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Básicos de Boas Práticas de Fabricação e o Roteiro de Inspeção Sanitária em Estabelecimentos de Beneficiamento de Sal.
- Resolução RDC nº. 53, de 15 de junho de 2000 - (DOU de 19/06/2000). Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Fixação de Identidade e Qualidade de Mistura à Base de Farelo de Cereais.
- Resolução RDC nº. 91, de 18 de outubro de 2000 (DOU de 20/10/00). Aprova o Regulamento Técnico para Fixação de Identidade e Qualidade de Alimento Com Soja.
- Resolução nº 39, de 21 de março de 2001. Aprova a Tabela de Valores de Referência para Porções de Alimentos e Bebidas Embalados para Fins de Rotulagem Nutricional.
- Resolução nº 40, de 21 de março de 2001. Aprova o Regulamento Técnico para Rotulagem Nutricional Obrigatória de Alimentos e Bebidas Embalados, padronizando a declaração de nutrientes.

b) Segurança alimentar

A segurança sanitária dos alimentos ofertados para consumo da população é um dos desafios da Saúde Pública. Por isso, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, coordenado pela ANVISA, no conjunto de suas ações de controle na área de alimentos, prioriza o Projeto de Capacitação de Recursos Humanos em Sistemas Modernos de Inspeção Sanitária, iniciado em julho de 2001 em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Os cursos de capacitação são divididos em quatro etapas: a) Boas Práticas de Produção de Alimentos (GMP); b) Procedimentos Padrão de Higiene Operacional (SSOP); c) Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle (HACCP); d) Auditoria e Metodologia.

O conhecimento de novos instrumentos e metodologias de inspeção e de processo pedagógico repassado aos técnicos dos serviços de vigilância sanitária estaduais permitiu



a sua multiplicação para técnicos das vigilâncias municipais. Dessa forma, foi possível aumentar a cobertura e agilizar as ações que visam: a) avaliar as práticas adotadas pelos estabelecimentos produtores e prestadores de serviços da área de alimentos e de alimentação; b) intervir nas situações de risco de contaminações por perigos químicos, físicos ou biológicos, ou em casos de riscos de possíveis agravos pelos alimentos colocados para consumo (BRASIL, MS/Anvisa, 2006).

Ministério da Educação

Programa Bolsa-Escola

Pela lei nº 10.219, de 11 de abril de 2001, foi criado o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à educação - “Bolsa Escola”, com a proposta de conceder benefício monetário mensal a milhares de famílias brasileiras em troca da manutenção de suas crianças nas escolas.

Segundo relatório de avaliação do programa Bolsa-Escola, em 2002 (BRASIL, 2002), o ano de 2001 encerrou com a adesão total de 5.470 municípios, alcançando 98% dos 5.561 municípios brasileiros. Isso representou mais de 8,2 milhões de crianças pertencentes a 4,8 milhões de famílias carentes. Ao longo daquele exercício foram transferidos R\$ 409,9 milhões em benefícios. Em 2002, a ação foi ampliada, faltando apenas a adesão de quinze municípios, do universo de 5.561, e o atendimento estendeu-se a cerca de 5,1 milhões de famílias, beneficiando aproximadamente 8,7 milhões de alunos.

Programas intersetoriais no contexto da PNAN e da Segurança Alimentar e Nutricional (SA), 2003-2005

Em 2000, a discussão sobre a Segurança Alimentar teve novo impulso quando a ONG Instituto da Cidadania, dirigida por Luis Inácio Lula da Silva, reuniu quase 100 especialistas, retomando as questões de segurança alimentar e formulando um projeto político de combate à fome e à miséria no Brasil, como uma das estratégias de desenvolvimento do Plano Plurianual de Desenvolvimento (2004-2007), com cinco dimensões, conforme quadro a seguir:

As Cinco Dimensões da Estratégia



Fonte: Pagnussat, Brasília, ENAP, 2003



Para dar conta da dimensão social o PPA, de 2004-2007, priorizou combater a fome e a miséria, a concentração de renda, o analfabetismo, trabalho escravo, o trabalho infantil, bem como reduzir a desigualdade regional no país, entre outros objetivos da área social.

Um das primeiras decisões do atual governo Lula foi a re-instalação do CONSEA, no dia 30 de janeiro de 2003. O Conselho possui caráter consultivo e assessoria o presidente da República no que se refere às diretrizes para a Política de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSN). O decreto nº 5.079, de 11 de maio de 2004, dispõe sobre a sua composição, estruturação, competência e funcionamento.

O Conselho retoma experiência prévia de implementação realizada em 1993 e interrompida em 1995. Dessa forma, recupera e qualifica a questão da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), conferindo status político diferenciado ao tema, constituindo-o como componente estratégico de governo (BRASIL, MS/CGPAN, 2005, P.54), tendo no Programa Fome Zero, (FUCHS e PASSOS, 2006), a estratégia prioritária de articulação intersetorial, para consecução das cinco dimensões de desenvolvimento do PPA (2004-2007).

A partir da reinstalação dos trabalhos do CONSEA, em âmbito federal, desencadeou-se a formação de uma rede de Encontros Regionais dos CONSEAS, espalhados pelas cinco regiões do país (norte, nordeste, sudeste, centro-oeste e sul), (PROJETO [FAO] UTF/BRA/064/BRA - Termo de Referência 19204). Esse projeto possui a missão de *“Realizar ações estratégicas para viabilizar a implementação e o alcance dos resultados esperados do Programa Fome Zero, no marco da política social e econômica do Governo Federal brasileiro”*. Possui três principais objetivos: a) suporte à implementação e gestão da política nacional de segurança alimentar e nutricional; b) redução da vulnerabilidade à insegurança alimentar em áreas rurais, urbanas e periurbanas; c) implantação do sistema de avaliação do programa fome zero.

Os insumos para o desenvolvimento dos trabalhos dos CONSEAs regionais são os documentos produzidos pelas relatorias dos encontros regionais dos Conselhos Estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEAS das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste do Brasil; a realização de reuniões com dirigentes da Secretaria de Segurança Alimentar e Nutricional do Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome (MDS); reuniões com dirigentes do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), com participação em reuniões de Grupos Técnicos e Grupos Temáticos do CONSEA na esfera nacional, entre outras estratégias de trabalho e mobilização social, no enfrentamento da questão.

No desenvolvimento dos trabalhos da rede de CONSEAs regionais são identificadas oito áreas prioritárias da segurança alimentar e nutricional:

- a) **Direito Humano à Alimentação (DHA):** defesa da inclusão nas constituições estaduais e nas leis orgânicas municipais o Direito Humano a Alimentação; reconhecimento do Direito Humano à Alimentação em termos constitucionais - complementação do artigo 6º da Constituição Federal; regulamentação do Direito Humano à Alimentação por meio de Lei Federal; adoção do Direito Humano à Alimentação como referência na elaboração da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional.



- b) institucionalidade dos CONSEAs: designação de orçamento próprio e garantia de recursos financeiros, materiais e humanos para funcionamento das Secretarias dos Conselhos Estaduais; elaboração e aprovação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional; ampliação do espaço de discussão para as políticas públicas, não limitadas à Segurança Alimentar; criação de Câmaras Temáticas para grupos específicos, em especial os índios e quilombolas; incremento da articulação dos CONSEAs com órgãos públicos com atribuições afetas à Segurança Alimentar e Nutricional; integração dos CONSEAs com entidades não governamentais com ações de Segurança Alimentar e Nutricional, como os Fóruns de SAN; apoio à Criação dos Conselhos Municipais de Segurança Alimentar e Nutricional; elaboração de Plano de Ação das Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional; implementação de programas de capacitação que contemplem os conselheiros, delegados e população em geral; criação e implementação de Banco de Dados das ações e programas governamentais e não governamentais de Segurança Alimentar e Nutricional, entre outras ações.
- c) política de participação social: promover a participação da sociedade civil; promover a eleição de conselheiros por meio de Fóruns; promover a articulação dos CONSEAs com Fórum de SAN, Conselhos e entidades afins; socialização das experiências de capacitação; criação de instrumentos para que os CONSEAs exerçam o Controle Social do Programa Bolsa Família; reconhecimento dos Comitês Gestores e apoio à sua formação; Incorporação dos Comitês Gestores como base para formação dos Conselhos Municipais; criação e implementação de Redes Eletrônicas como forma de integração e democratização da informação, promovendo e ampliando a participação da sociedade civil.
- d) monitoramento e avaliação e indicadores: criação de Grupo Técnico para garantir e acompanhar políticas para populações específicas e aspectos da produção, em especial agricultura familiar; capacitação de conselheiros e membros de comitês em monitoramento, avaliação e indicadores; incorporar as diretrizes das conferências de segurança alimentar e nutricional.
- e) soberania alimentar e relações internacionais: garantir que o objetivo principal da SAN seja a Soberania Alimentar; elaboração de mapa social de ações e diagnósticos relacionados à questão da fome e da segurança alimentar; promoção e apoio à implantação de hortas comunitárias e escolares; treinamento e capacitação de pais e funcionários para trabalharem com hortas comunitárias e escolares; promoção de cursos para o aproveitamento integral dos alimentos; inclusão dos conceitos de SAN no currículo escolar;
- f) produção de alimentos: promover melhor compreensão do que é Agricultura Familiar; desenvolvimento de atividades, seminários, propostas, etc. relacionadas à água e meio ambiente; promover discussão sobre o cerrado na região centro-oeste:
 - a) hábitos alimentares rurais e urbanos e preservação das plantas nativas, priorizar as hortas comunitárias e familiares como modelo de produção; b) preservação dos mananciais urbanos e rurais; promover programas de hortas comunitárias e escolares; inserir profissionais nas escolas para assistir a produção de alimentos;



- g) acesso à alimentação: foco nas minorias étnicas, gênero, geração e deficientes na política de acesso; estabelecimento de parcerias com os centros de abastecimento para reaproveitamento de alimentos e posterior distribuição; respeito à diversidade regional nas políticas de acesso à alimentação;
- h) saúde e nutrição: promover educação nutricional das crianças, com inserção de matéria escolar sobre o tema; integrar as políticas de SAN com políticas de Nutrição; adequar alimentação escolar para que atinjam uma parcela das necessidades diárias das crianças; promover movimento cultural para resgate de hábitos alimentares.

Criação do Programa Bolsa Família

O Programa de transferência de renda Bolsa Família foi instituído pela medida provisória nº. 132, em 20 de outubro de 2003, pelo Governo Federal, posteriormente transformado em lei de nº 10.836, de 9/01/2004 e regulamentado pelo decreto nº 5.209, de 17/09/2004. Este programa associa à transferência do benefício financeiro ao acesso aos direitos sociais básicos – saúde, alimentação, educação e assistência social. A portaria interministerial n.º 2.509, de 18 de novembro de 2004, por sua vez, dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas ao cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa. Ele é destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza (com renda per capita de até R\$ 100 mensais) e unifica os procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda e do Cadastramento Único do Governo Federal. Os programas reunidos foram: Bolsa Escola (Ministério da Educação), Bolsa Alimentação (Ministério da Saúde), Programa Cartão Alimentação (PCA), e Auxílio Gás (Ministério de Minas e Energia).

No âmbito do MDS são promovidas ações emergenciais para grupos específicos (cesta básica para acampados, comunidades indígenas, quilombolas), e também: i) Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (reposição de estoques estratégicos, programa de incentivo à produção e ao consumo de leite); ii) Programa de ampliação da merenda escolar; iii) Bancos de alimentos e educação alimentar nutricional e os programas voltados às políticas locais, que são administrados pelos estados e municípios com o apoio do Governo Federal, em conjunto com a sociedade civil organizada e têm por objetivo dar suporte às áreas mais vulneráveis à insegurança alimentar, tanto urbanas, quanto rurais, como: restaurantes populares, cozinhas e hortas comunitárias.

Uma avaliação do desempenho do Programa Bolsa Família, dentre os programas de transferência com maior alcance das populações pobres na América Latina, realizado pelo Banco Mundial, citado pelo Jornal Folha de São Paulo (2006), mostram que “comparações feitas pelo Banco Mundial mostram que 73% dos benefícios do programa chegam aos 20% mais pobres dos brasileiros”, atendendo 8,7 milhões de famílias, possuindo o segundo maior orçamento entre os programas do atual governo, da ordem de R\$ 5,6 bilhões (cinco bilhões e seiscentos milhões de reais).

O maior desafio na gestão do Programa Bolsa Família refere-se à integração de suas ações com outras pastas setoriais, como saúde, educação, trabalho, minas e energia. Segundo a Secretária Nacional de Renda e Cidadania do Ministério de Desenvolvimento Social, o Programa Bolsa Família está priorizando o acesso dos beneficiários a outros



programas de governo, pois, “desde o ano passado (2005), há um trabalho, por exemplo, de integração do Bolsa-família com o (Programa) Brasil Alfabetizado. O programa já funciona como eixo integrador de outros” (CUNHA, 2006, cf. Folha de São Paulo, 2006).

Além dos programas das pastas de educação, saúde e desenvolvimento social, acima listados, ressaltam-se alguns programas/ações que apresentam relação com alimentação e nutrição e que estão em pleno funcionamento. Dentre os quais podemos citar (BRASIL, MS/CGPAN, 2005, pp. 176-184):

- Programa “Pesquisa e Desenvolvimento Agropecuário e Agroindustrial para a Inserção Social”, desenvolvido pela Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA), e tem como objetivo construir base de conhecimentos científicos e tecnológicos em atividades agropecuárias voltadas aos empreendimentos de pequeno porte.
- Também desenvolvido pela EMBRAPA, o programa de “Segurança e Qualidade e Alimentos e Bebidas”, que tem como objetivo garantir a segurança dos alimentos aos consumidores, nos aspectos de inocuidade, qualidade e identidade de produtos e subprodutos de origem animal e vegetal, a qualidade dos insumos agropecuários e promover a sanidade animal e vegetal, por meio da avaliação de risco, vigilância, controle, fiscalização fitozoosanitária.
- Ciência e Tecnologia para a Inclusão Social/Apoio à Pesquisa e Desenvolvimento Aplicados à Segurança Alimentar e Nutricional, programa desenvolvido pelo Ministério da Ciência e Tecnologia e tem como objetivo o apoio aos projetos, estudos, programa e ações destinadas ao desenvolvimento da segurança alimentar e nutricional, visando à inclusão social e à redução das desigualdades regionais.
- O acesso à alimentação/distribuição de alimentos a grupos populacionais específicos, desenvolvido pela Companhia Brasileira de Abastecimento (CONAB), embora conste no PPA de 2004, vem sendo aplicado desde abril/2003, quando a CONAB foi designada como executora operacional do Programa Fome Zero (portaria interministerial MESA/ MAPA nº 183/03). Em uma ação articulada entre os ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Ministério XXX (MDA), Ministério XXX (MAPA), Ministério da Fazenda (MF) e Ministério do Planejamento (MP), e tendo como órgãos executores a CONAB e o MDS.
- Programa “Abastecimento agroalimentar/aquisição de produtos provenientes da agricultura familiar e operacionalização de estoques estratégicos de segurança alimentar” que foi instituído em 02/07/2003 (lei 10.696 e Decreto 4.772) opera desde 2003 e tem a finalidade de incentivar a agricultura familiar por meio da aquisição de produtos agropecuários e sua distribuição para pessoas em situação de insegurança alimentar e/ou a formação de estoques estratégicos.



As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no âmbito da PNAN e sua constituição como problema de saúde pública

Segundo um informante-chave, as DCNT embora tivessem sido anunciadas ou lembradas superficialmente no II PRONAN, e de uma forma já bem mais forte na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (1999), elas, de fato, como preocupação de governo, mobilizando várias instituições, iniciou em 2003.

Anteriormente à PNAN, existiam alguns programas implementados, no âmbito do Ministério da Saúde relacionado à questão das doenças crônicas não transmissíveis, muito embora fossem:

“extremamente fragmentados, como por exemplo, na década 70 já existia a Divisão Nacional de Câncer. Em relação à hipertensão e diabetes havia também algumas iniciativas e mais, recentemente, depois da PNAN, teve um projeto de reorganização das ações na área das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) que culminou com um levantamento junto à população de pessoas de risco”.

O INAN desenvolveu muitos programas de suplementação alimentar ligados aos serviços da rede básica de saúde, programas que tentavam intervir na comercialização de produtos básicos, de aquisição, de revenda a preços baixos em lugares de difícil acesso aos alimentos, de suplementação de carências nutricionais específicos como anemia, hipovitaminose A, etc., como ressalta um ator entrevistado:

“são programas históricos que estamos tentando aperfeiçoar e ampliar a cobertura, por exemplo, todo sal que é consumido no Brasil é iodado, esse é um problema que vem de muitos anos, praticamente acabaram as doenças com deficiências de iodo. A política pública obriga os produtores a colocar o iodo no sal que consumimos. Na medida em que contribui para a melhoria do estado nutricional também está contribuindo para a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e sabemos que a associação da alimentação com essas doenças é bem clara e direta”.

Uma outra iniciativa também citada por um outro informante-chave, refere-se ao Projeto Carmem. Trata-se de um projeto da Organização Mundial da Saúde que teve sua proposta mesmo antes da PNAN, em 1999. Dependendo das conjunturas políticas, esse projeto realizou atividades importantes no âmbito da saúde, em alguns momentos se manifestou mais, em outros silenciou.



A PNAN representou uma tentativa de “dar certa lógica nisso tudo, mas que não se conseguiu integralmente”. Destacam que houve iniciativas, por exemplo, de um projeto que trabalhava na promoção de hábitos alimentares adequados e atividade física, inclusive com suporte de todo um material de capacitação a distância, com a participação de técnicos e cientistas no Brasil inteiro.

Existiam iniciativas do Ministério dos Esportes em termos de estimular a atividade física, mas totalmente dissociada das iniciativas do Ministério da Saúde, como lembra este informante-chave:

“no Ministério dos Esportes existia o Instituto de Esportes, o Pelé, se não me engano, era o ministro, e ali eram desenvolvidos programas de atividades físicas e uma atividade na área de nutrição de orientação alimentar, feita pelo INAN, mas não havia diálogo entre os vários setores, apesar de o INAN estar dentro do Ministério da Saúde e o Ministério dos Esportes usar os materiais que o próprio Ministério da Saúde criava”.

Havia também, dentro do Ministério da Saúde, segundo a argumentação de um ator, “uma pequena coordenação que trabalhava com diabetes e hipertensão, mas pouco estimulada, composta de três técnicos apenas, aguerrida, mas muito pequena”.

Segundo esse ator, ações de prevenção e controle de diabetes e da hipertensão não eram prioridades governamentais, de acordo com as políticas internacionais para o setor saúde, porque:

“aos olhares internacionais, somos considerados países pobres, em desenvolvimento, nos quais a fome ainda é um problema, então priorizar ações onde os problemas de saúde são decorrentes do excesso de consumo alimentar, de energia e opulência, é um complicador enorme. Por anos a fio, essa pequena coordenação era um braço de resistência para discussão de diabetes, hipertensão, cânceres. Hoje, no governo, o setor ainda é muito setorizado. Se não, vejamos, temos o INCA, que tem feito estudos belíssimos, alguns relatórios de muito bom nível, até no campo alimentar, sobre cânceres”.

No que tange à instituição da área técnica de alimentação e nutrição, logo após a extinção do INAN, há o destaque em seu trabalho determinante sobre a questão do consumo alimentar. Porém, argumenta que, historicamente, os

“programas desenvolvidos na ATAN não estavam assim tão vinculados à área de alimentação e nutrição como estão hoje, quando se verificou, inclusive, em muitos trabalhos do professor Carlos Monteiro, a questão da tendência da desnutrição para a obesidade, e quando se identificaram nas inúmeras pesquisas também do professor Malaquias Batista, em Pernambuco, e de vários outros pesquisadores, sobre o aparecimento de grande número de casos de obesidade em populações muito pobres na área rural e de outras áreas”.

As áreas de hipertensão, de diabetes e de doenças crônicas não transmissíveis não eram vistas como um conjunto articulado de políticas dentro do Ministério da Saúde, decorrentes dos mesmos determinantes de saúde, como, por exemplo, a disseminação, no conjunto da população, dos hábitos e estilos de vida saudáveis. Eram intervenções pontuais sobre problemas específicos, um dos motivos para que não se avançassem



na agenda pública governamental e que não gerassem os impactos esperados nessas intervenções.

Porém, quando as doenças crônicas não transmissíveis começam a aparecer com grande incidência nas classes média e média alta é que o governo se preocupou com a necessidade de disseminar hábitos de vida saudáveis na população, como por exemplo a atenção básica de saúde, na época, a questão da obesidade era colocada no nível de atenção terciária e não chegando ao centro de saúde.

Por outro lado, a atenção básica – os centros de saúde tinham uma demanda muito grande em desnutrição e diarreias. Mais recentemente, estes centros de saúde começaram a desenvolver trabalhos com hipertensos, diabéticos, obesos, inclusive com capacitação dos profissionais de saúde para atender pacientes da unidade e com lotação de médicos nessas áreas específicas *“porque até então nem tinha médicos para isso. Os centros de saúde eram mais pediatria, clínica geral, não tinham pessoas que olhassem para doenças crônicas degenerativas”*.

Com o advento da Estratégia Global sobre alimentação saudável, a prevenção e o controle de doenças crônicas não transmissíveis estão, pouco a pouco, fazendo parte da agenda de saúde no Brasil. Antes, o problema estava muito restrito aos pesquisadores que se dedicavam ao estudo epidemiológico de ocorrência, *“não pensando nem ainda na classe baixa que hoje todo mundo fala nelas ocorrendo obesidade”*. Cada região do país apresentava um diagnóstico, nos lembra um informante-chave.

Vale destacar que um dos primeiros passos para o alerta do avanço das DCNT foi em 1988, com um estudo multicêntrico sobre a prevalência de diabetes no Brasil. Posteriormente, com a colaboração da área da vigilância alimentar, dentro da própria área de alimentação e nutrição, a questão da necessidade da rotulagem nutricional para mostrar para as pessoas a indicação de gorduras, de açúcares, etc.

As DCNT compõem uma das sete diretrizes da PNAN. A promoção da alimentação saudável tem um impacto fundamental na prevenção e do controle das crônicas não transmissíveis, permeando todas as demais diretrizes, razão pela qual sua priorização foi importante no âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição porque traz esse novo conceito da preocupação com as doenças crônicas não-transmissíveis que permeia toda a fase do curso de vida.

Nesse sentido, essa diretriz destaca que em todas as ações e em todos os programas do ministério devem se incorporar a preocupação da prevenção e controle ao longo do curso da vida, isso significa que desde o momento do nascimento até a velhice, precisamos promover ações de vida saudáveis de tal forma a prevenir as crônicas não transmissíveis e, conseqüentemente, ter um impacto positivo nas questões dos indicadores epidemiológicos e nutricionais.

Apesar de, não necessariamente, estar escrito dessa forma, a própria abordagem do que é o componente de alimentação e nutrição, representa uma grande preocupação na política. Segundo um informante-chave, no âmbito da PNAN,



“particularmente, acho que é preciso promover a alimentação saudável com um foco não só na questão da prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, como em todo o espectro da nossa saúde. Outra coisa que acho fundamental é a questão da atividade física. Li artigos que, de fato, hipertensos que começam a praticar atividade física regularmente acabam até diminuindo dosagem dos medicamentos de uso contínuo, e muitos até os suspendem, nessa área da promoção tem muito a contribuir a PNAN”.

A partir de 2004, com a instituição da Estratégia Global sobre alimentação saudável, o governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde vem conferindo um grau de prioridade à diretriz de prevenção e controle das doenças crônicas não-transmissíveis associadas à alimentação e nutrição. Alguns entrevistados afirmam que se trata de uma prioridade política na área de saúde, particularmente no que tange ao problema do sobrepeso e da obesidade. O Brasil possui aproximadamente 3 milhões de desnutridos e 40 milhões de pessoas com sobrepeso e obesidade. Esses dados estatísticos impõem uma agenda de promoção da saúde para o país, haja vista estar, sob ponto de vista epidemiológico e da saúde pública, associado com o problema de diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, de maneira geral (BATISTA, 2005).

No âmbito do Ministério da Saúde, a Estratégia Global vem sendo conduzida conjuntamente por diferentes áreas, coordenada pela Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) com a colaboração da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGPAN) subordinada a SAS, envolvendo ainda, outras áreas técnicas do referido Ministério, tais como: o Instituto Nacional do Câncer (INCA), ANVISA, entre outras.

Para condução das ações da Estratégia Global, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº. 1.190, de 14 julho de 2005, instituiu Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, considerando a necessidade de desenvolver, fortalecer e implementar políticas e planos de ação em âmbito nacional, estadual e municipal que consolidem o componente da promoção da saúde no SUS; considerando a promoção da saúde como uma estratégia de articulação transversal capaz de criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e os riscos à saúde da população, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas; considerando o propósito da Política Nacional de Promoção da Saúde de contribuir para a mudança do modelo de atenção do sistema através da ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde e da construção de uma agenda estratégica integrada; e considerando as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde embasadas na integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade.

As atribuições do referido Comitê Gestor são as seguintes:

- I– consolidar a proposta da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- II– consolidar a Agenda Nacional de Promoção da Saúde 2005-2007 em consonância com as políticas, prioridades e recursos de cada uma das secretarias do Ministério da Saúde e com o Plano Nacional de Saúde;



- III– articular e integrar as ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;
- IV– coordenar a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde no SUS e em sua articulação com os demais setores governamentais e não-governamentais;
- V– incentivar a elaboração, por parte dos estados, Distrito Federal e municípios, de Planos de Promoção da Saúde, que considerem as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde e a Agenda Nacional de Promoção da Saúde;
- VI– monitorar e avaliar as estratégias de implantação/implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde e seu impacto na melhoria da qualidade de vida de sujeitos e coletividades.

O CGPNPS terá a seguinte composição:

- I– três representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS;
- II– três representantes da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS;
- III– um representante da Secretaria de Gestão Participativa - SGP;
- IV– um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES;
- V– um representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE;
- VI– um representante da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA;
- VII– um representante da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ;
- VIII– um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- IX– um representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- X– um representante do Instituto Nacional de Câncer - INCA.

§ 1– Cada membro titular do Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde indicará um representante suplente.

§ 2– Os membros titulares e suplentes do CGPNPS serão nomeados por portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde.

§ 3– Os membros deverão declarar a inexistência de conflito de interesses com suas atividades no debate dos temas pertinentes ao Comitê, sendo que, na eventualidade de existência de conflito de interesses, os mesmos deverão abster-se de participar da discussão e deliberação sobre o tema.



O CGPNPS contará com uma Secretaria-Executiva, vinculada à Secretaria de Vigilância em Saúde, que o coordenará.

Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde a adoção das medidas e procedimentos necessários para o pleno funcionamento e efetividade do disposto nesta Portaria.

Dando continuidade às ações decorrentes da adesão do Brasil à Estratégia Global, em 2005, nova portaria do Ministério da Saúde, de nº. 2.608/GM de 28 de dezembro de 2005, definiu recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde das capitais. Trata-se, portanto, de um importante instrumento de ação, no sentido de desenvolver políticas públicas de vigilância e prevenção das doenças e agravos não-transmissíveis, reduzindo os seus fatores de risco relacionados ao sedentarismo, ao consumo inadequado de alimentos e tabagismo, em conformidade com as recomendações Estratégia Global Alimentação, Atividade Física e Saúde – EG – e da Convenção Quadro do Controle do Tabaco, propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).



Conclusões

A construção da PNAN baseou-se nas questões importantes sobre o perfil alimentar e nutricional no país, tendo como base as premissas apresentadas na Cúpula Mundial de Alimentação.

À época da formulação da PNAN, os marcos regulatórios sobre produção, comercialização, estoque, rotulagem de alimentos, subsídios à produção de alimentos e controle da propaganda nos meios de comunicação eram incipientes e com o advento da globalização, os brasileiros, cada vez mais, aderiam à dieta ocidentalizada, dificultando ao Ministério da Saúde enfocar uma política mais ampla que o da desnutrição.

A garantia da segurança alimentar e da qualidade dos alimentos é um desafio que continua atual e o maior na PNAN. A promoção de práticas alimentares saudáveis, promoção e direito ao acesso à alimentação – a forma de operacionalização dessa diretriz pressupõe uma linha governamental que extrapola o próprio setor saúde. Essa intersetorialidade se faz presente no momento em que se busca inserir as indústrias de alimentos na implementação de medidas relativas ao enriquecimento e/ou correção dos alimentos, como, por exemplo, a obrigatoriedade de adicionar iodo no sal para consumo da população.

A PNAN foi formulada, baseada nos princípios constitucionais - alimentação como direito humano e dever do Estado, e assegurado no texto legal (portaria nº 710, de 11/07/99), porém somente a Portaria não garante a efetividade das ações. A alimentação, como direito humano, requer o esforço da intersetorialidade. É necessário também que haja a pactuação de terminologias, ter conhecimento mínimo de processos de causalidade, de fatores determinantes das DCNT, ou seja, geração de dados com qualidade para avaliação das políticas e das redes causais dos problemas de saúde pública – grande desafio atual.

Um avanço significativo foi a colocação do tema na agenda, no sentido da formulação de uma política pública, no campo da alimentação e nutrição, com um marco regulatório (portaria ministerial) e de ter despertado a consciência da população para a prevenção das DCNTs, como uma das diretrizes da PNAN (alimentação saudável e atividade física), além da necessidade de rotulagem de alimentos, programas informativos sobre obesidade na TV, entre outras ações.



Ressalte-se que a PNAN, considerada por um dos atores-chave “avançada e moderna”, foi assumida como política de governo, inclusive na Bolsa Alimentação (2001-2003) e Bolsa Família (2004 até os dias atuais).

Computa-se como mérito da PNAN, a implantação do SISVAN, como resultado de uma de suas diretrizes, voltado a reunir informações que venham a subsidiar as políticas públicas para a melhoria das condições nutricionais da população e na manutenção de um eixo de convergência setorial importante no setor da saúde pública.

A formulação da Política se processou de forma bastante participativa, não por acaso, na área de recursos humanos, os profissionais que trabalham na área de alimentação e nutrição tomam a política como marco regulatório, nos planos político, técnico e ético, como estratégia de atuação para operacionalização de suas diretrizes, desencadeando um amplo processo de capacitação dos gestores em todas as esferas de governo, para a implementação das ações da PNAN.

A Alimentação e Nutrição e a Vigilância em DCNTs devem trabalhar de forma integrada, tendo em vista a implantação da Estratégia Global e, por fim, trabalhar para que a prioridade do MS, em termos de políticas e estratégias, possa privilegiar a promoção da saúde, na medida em que a eficiência dela atenuará as demandas da área de assistência médico-hospitalar e aprimorar as legislações que regulamentam a vigilância em saúde, mesmo que se tenha avançado muito nesse campo, nos últimos anos (vigilância sanitária, por exemplo).



Lições aprendidas sobre o processo de formulação da PNAN – Estudo de Caso Brasileiro

São abordados, a seguir, alguns pontos que merecem reflexão, não exclusivamente à formulação da PNAN, mas se colocam atuais na elaboração de qualquer outra política.

Ao contrário de alguns pensamentos recorrentes, o problema da alimentação e nutrição sempre esteve na agenda pública do país, embora oscilando a prioridade ou a capacidade dos governos darem conta de toda a complexidade emanada dele.

Um sólido aprendizado obtido, amparado pela busca do aprimoramento democrático, foram os processos simultâneos de formulação e implementação de políticas públicas: *“O processo de formulação da PNAN foi bastante inclusivo, consultivo, ao mesmo tempo em que tentávamos reconhecer os programas, extinguindo umas ações e melhorando outras”*, resultando em um processo de participação cidadã, no sentido da possibilidade de ampliar a discussão com a sociedade civil.

Ficaram patentes, entre as lições aprendidas, no processo de formulação da PNAN e de implementação de suas ações, no período de 1999 a 2005, a influência dos organismos internacionais na formulação e no financiamento de programas e políticas brasileiros, bem como a influência no campo dos valores, ideias e dos conhecimentos do próprio campo disciplinar (médicos, nutricionistas, enfermeiros).

O processo de formulação da PNAN foi um desencadeador da formulação de outras políticas de saúde, no âmbito do MS. Cabe destacar que sua formulação e aprovação ocorreram em um contexto de crise do Estado, no qual especialistas e militantes no campo da alimentação e nutrição aproveitaram as situações de crise como momento oportuno para realizar mudanças estratégicas no campo, como uma janela de oportunidades, no sentido da contribuição de Kingdon (1995). Nessa perspectiva, ficam claras as possibilidades de institucionalização da proposta no MS – marco normativo e regulatório permitindo o desenvolvimento da Política, a possibilidade de articular a definição do problema, com as alternativas de solução e as prioridades políticas dos gestores públicos – tomadores de decisão, a possibilidade de análise das correlações de forças existentes em determinada conjuntura e a margem de liberdade dos gestores públicos no campo das ideias e das propostas de ação e a possibilidade de agregar valor público ao processo de formulação e gestão de políticas públicas – dimensão participativa: Estado e sociedade civil.



Referências Bibliográficas





- ABRANCHES, Sérgio Henrique, SANTOS, Wanderley Guilherme, COIMBRA, Marcos. **Política social e combate à pobreza** (3 ed.). Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- ABRANCHES, Sérgio Henrique. **Os despossuídos: crescimento e pobreza no país do milagre** (2 ed.). Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith, GEWANDSJNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais – pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.
- ANGUS, D. et al. **Sustainable Health Care for Canada**, Ottawa: Universidade de Ottawa, 1995.
- ARRETCHE, Marta T. S. “Tendências no estudo sobre avaliação” In: **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez/IEE, 2001.
- ASHLEY, M.J. et al. “How Canadian Legislators View Health Promotion: Does Party Affiliation Matter?” **Canadian Journal of Public Health**, Vol. 92, No.1, 2001, pp 16-18.
- ATKINSON, M.M. and COLEMAN, W.D. (1992) **Policy Networks, Policy Communities and the Problems of Governance**, 5, 154-180.
- BARDACH, Eugene (1998); **Getting Agencies to Work Together. The Practices and Theory of Managerial Craftsmanship**. Washington: The Brookings Institution.
- BARDACH, Eugene (2000); **A Practical Guide for Policy Analysis. The Eightfold Path to More Effective Problem-Solving**. New York: Chatham House.
- BARZELAY, M.; GAETANI, F.; CORTAZAR, J. C. y Cejudo, G. (2002); “Investigación sobre reformas a las políticas de gestión pública en América Latina. Marco conceptual, **Guía metodológica y estudio de caso**”. Washington D.C.: BID.
- BATISTA FILHO, Malaquias, BARBOSA, N.P. **Alimentação e Nutrição no Brasil, 1974-1984**. Brasília: INAN, Ministério da Saúde, 1985.
- BATISTA FILHO, Malaquias, BARBOSA, N. P. SISVAN: breve história, grandes perspectivas. In **Boletim SISVAN**, disponível em dtr2004.saude.gov.br/nutricao/boletim_sisvan. Acesso em 23/03/06, às 11h25.
- BATISTA FILHO, Malaquias, Entrevista concedida para a pesquisa, novembro de 2005.
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA Lei 5.929, 30 de novembro de 1972 (Criação do INAN).
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA Decree 73.996 de 30 de abril de 1973 (INAN – Autarquia).
- BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Programa Nacional de Alimentação e Nutrição — PRONAN: 1976-1979**. Brasília, 1976. (Documento Técnico INAN — 6/76).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Histórico do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais. Secretaria de Assistência à Saúde**, Departamento de Atenção Básica, CGPAN, 1998.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis no Brasil. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília: 2002.
- BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. **Relatório de Avaliação do PPA, 2002**. www.planejamento.gov.br.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Alimentação e Nutrição.



- Série B. **Textos Básicos de Saúde**. 2ª edição revista. Brasília: 2003.
- BRASIL. CONSEA, **II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: A construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Relatório Final, Brasília, 2004. Disponível em www.presidencia.gov.br/consea/static/documentos/IIConferencia.pdf.
- BRASIL. FUNASA/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Proposta de Monitoramento dos Agravos Não Transmissíveis e seus Fatores de Risco**. II Reunião para Implantar o Monitoramento de Doenças Não Transmissíveis, de seus Fatores de Risco e de outros Agravos à Saúde.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, OPAS. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília-DF, 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Análise da Estratégia Global da OMS para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde**. Brasília: 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estudo de Caso Brasil: a integração das ações de alimentação e nutrição nos planos de desenvolvimento nacional para o alcance das metas do milênio no contexto do direito humano à alimentação adequada**. Ministério da Saúde, Secretaria de Apoio de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estrutura e competências da Anvisa. www.Anvisa.gov.br. Acesso em 21/05/2006.
- BROWNSON, R.C., REMINGTON, P.L., DAVIS, J. **Chronic Disease Epidemiology and Control**. American Public Health Association. Baltimore, MD, 1993.
- BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da Saúde no Brasil. Conferência apresentada ao I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde**. Rio de Janeiro, 10 de maio de 2005. Disponível em www.abrasco.org.br/GTs/GT. Acesso em 03/03/2006 às 14:59.
- CASTRO, Jorge Abrahão de. **Avaliação do processo de gasto público do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE)**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. (Texto para discussão, 760).
- CASTRO, Josué de. **Geografia da Fome**. Rio de Janeiro: Cruzeiro, 1946.
- CLOTTEY, Clarence. **Estrutura e metodologia para analisar iniciativas de formulação de políticas integradas relativas à prevenção de doenças crônicas**. Centro Colaborador da OMS sobre políticas integradas relativas à prevenção de doenças crônicas. Canadá, 2005.
- COHEN, J.E. et al. "Predictors of Canadian Legislators Support for Tobacco Control Policies," *Social Science and Medicine*, Vol. 55. 2002, pp. 1069-1076.
- CORTAZAR, Juan Carlos y Lecaros, Carla, (2003) **La Viabilidad de las prácticas de participación ciudadana. El caso del presupuesto participativo de Villa El Salvador, (Perú, 2000 – 2002)**, Washington, INDES-BID, 2003.
- CRUSIUS, Yeda et al. **Plano de Combate à Fome e à Miséria – Princípios, Prioridades e Mapa das Ações do Governo**. Brasília: IPEA, abril de 1993.
- DEMO, Pedro. Globalização da exclusão social - contradições teóricas e metodológicas do discurso neoliberal acerca do enfrentamento da pobreza. *Ser Social*, 4, 43-44, 1999.



- DESVEAUX, J.A. et al. (1994), "Organizing for Policy Innovation in Public Bureaucracy: AIDS, Energy and Environmental Policy in Canada," **Canadian Journal of Political Science**, XXVII: 3, pp. 493-528.
- DINIZ, Amélia Franco. **A Política de Alimentação e Nutrição na Nova República: ilusões e desencantos no contexto do descaso**. Dissertação em Serviço Social. Universidade de Brasília, 1988. 50 páginas.
- DRAIBE, Sônia (2001) Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira e Carvalho (Orgs.) **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, pp.13-42.
- EDUARDO, Maria Bernadete de Paula; MIRANDA, Isaura Cristina Soares. Coleção Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS); Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar (Namh/FSP – USP); **Banco Itaú: Série Saúde e Cidadania, vol 8**, São Paulo: 1998. Disponível em: bases.bireme.br/bvs/sp/P/pdf/saudcid/Volume08.pdf. Acesso em 27/03/06 às 16h01.
- ESCODA, Maria do Socorro Quirino. **Investimento no capital humano: Uma análise da política de nutrição – RN**; Projeto Rio Grande do Norte; CNPq/FUNPEC, ano II, nº 2 e 3, 05/1983. www.ufrnet.br/~scorpius/37-Inv%20Cap%20Hum.htm.
- ESCODA, Maria do Socorro Quirino; VILAR, Maria Helena; BEGIN Natalie. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **IX Conferencia Nacional de Saúde**. Painel. Ministério da Saúde. UnB, Brasília, 1992. Disponível em www.ufrnet.br/~scorpius/37Inv%20Cap%20Hum.htm.
- EVANS, R.G. e STODDART, G.L. Producing Health, Consuming Health Care, in Evans, R.G., Barer, M.L. and Mannor, T.R., eds., **Why Some People are Healthy and Others Are Not**, New York: Aldine De Gruyter, 1994, pp. 4-27.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (FBSAN). **A trajetória do Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional (FBSAN)**. www.fbsan.org.br, 2003.
- FOLHA DE SÃO PAULO. "Bolsa Família tem foco, mas não emprega". São Paulo. **Folha de São Paulo, Edição de 28 de maio de 2006**, p. A23.
- FOLHA DE SÃO PAULO. "Integrar programas será a prioridade do ministério". São Paulo. **Folha de São Paulo, Edição de 28 de maio de 2006**, p. A24.
- FOLHA DE SÃO PAULO. "Programas de Transferência de Renda". São Paulo. **Folha de São Paulo, Edição de 28 de maio de 2006**, p. A24.
- FUCHS, Werner Pastor; PASSOS, Zélia. **A Mobilização pela Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável no Paraná**. Available at www.setp.pr.gov.br/setp/conselhos/consea/. Acesso em 27.03/06 às 17h40.
- GERSCHMAN, Silvia. Sobre a formulação de políticas sociais. In: **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ ABRASCO, 1989.
- IPEA. **A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação no Brasil**. Brasília, 2002.
- IPEA. "Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil". **Cadernos Comunidade Solidária**, v. 2, nov.1996, Brasília, IPEA, 1996.
- KINGDON, John W. **Agendas, alternatives and public policies**. New York: Longman, 1995.
- LAGE, Otaviano. **Seis Anos de trabalho pela Cidadania**. In: www.consea.mg.gov.br/documentos/seis_anos_trabalho_pela



- [cidadania.pdf](#). Acesso em 5 de abril de 2006.
- LAVIS, J. et al. (2001), “**Barriers to Employment -related Healthy Public Policy in Canada,**” Health Promotion International, Vol. 16, pp. 9-20.
- LESSA, Inês. “Os programas nacionais de educação e controle para DCNT” In LESSA, Inês (org) **Adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil.** SP: Hucitec, 1998.
- LESSA, Inês. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9, nº 4, Rio de Janeiro Out/Dez 2004.
- MAJONE, Giandomenico. **Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas.** México: Fondo de Cultura Económica, 1997.
- MALUF, R. S., MENEZES, F., VALENTE, F. L. Contribuição ao tema da Segurança Alimentar no Brasil. Vol. IV. **Revista Cadernos de Debate**, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação da UNICAMP, 1996.
- MCKAY, L. **Making of the Lalonde Report**, CPRN Research Report, 2001.
- MERRIEN, François Xavier. **L'État Providence.** Paris: PUF, 2000.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.
- MOISÉS Kátia Cilene Machado de Souza. **Implantação da Vigilância Nutricional no Estado do Rio Grande do Norte.** Monografia apresentada em cumprimento ao requisito final para obtenção do grau de especialista do curso de Especialização em Vigilância Sanitária de Alimentos do Departamento de Nutrição da UFRN. NATAL/RN, 2001.
- MULLER Pierre, SUREL Yves, **L'analyse des politiques publiques**, Paris, Montchrestien, coll. Clefs politiques, 1998.
- NÉRI, M. Dois anos de política social. **IBRE/FGV; Conjuntura Econômica;** Fevereiro de 2005.
- OFFE, Clauss. **Problemas estruturais do estado capitalista.** Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1984.
- OPAS, **Observatorio de Políticas para la Prevención de Enfermedades no Transmisibles en Latinoamerica y el Caribe.** División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades no Transmisibles. Washington, Diciembre, 2002.
- PAGNUSSAT, José Luiz. **Curso PPA: elaboração do plano e gestão de programas.** Brasília, ENAP, 2003. Disponível em www.enap.gov.br.
- PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. e PAIVA, Leda Del Caro. A política social e a questão da pobreza no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, 5, 1981, pp. 1-13.
- PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Centralização e exclusão social: duplo entrave à política de assistência social. **Ser Social**, 3, 1-19 a 1-34, 1998.
- PEREIRA, Rosana Sperandio. **Participação da Sociedade Civil no Governo Itamar Franco: Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA).** Universidade de Brasília: Dissertação de mestrado em Política Social. Brasília, 1997.
- RODRIGUES, M. T. **A Participação no Sistema Único de Saúde: Controle Social e**



Democratização. In: Tese de Mestrado; Departamento de Serviço Social; Universidade de Brasília; Brasília; 1995.

ROTHSTEIN, B. (1998) Political Institutions: An Overview, in Goodin, R.E. and Klingemann, eds., H-D. A New Handbook of Political Science, New York: Oxford University Press, pp. 133-166.

RUIZ, M. **A história do Plano Collor.** Disponível em: www.sociedadedigital.com.br/artigo.php?artigo=114&item=4. Acessado em 20 maio de 2010.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e justiça: a política social na ordem Brasileira** (10 ed.). Rio de Janeiro: Campos, 1979.

SILVA, Maria Ozanria da Silva et al. Comunidade Solidária: contradições e debilidades do discurso. In: SILVA, Maria Ozanria (Coord.) **O Comunidade Solidária: o não enfrentamento da pobreza no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2001, pp. 71-92.

SILVA, Maria Ozanria da Silva et al. A focalização fragmentadora e a insuficiência da Comunidade Solidária no enfrentamento da pobreza: estudo de um caso do Nordeste. In: SILVA, Maria Ozanria (Coord.) **O Comunidade Solidária: o não enfrentamento da pobreza no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2001, pp. 143-144.

SILVA, Alberto Carvalho da. **De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição.** *Estud. av.* [online]. Apr. 1995, vol.9, no.23 [cited 15 February 2006], pp. 87-107. www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01030141995000100007&lng=en&nrm=iso. ISSN 0103-4014, Acesso em 20.01.2006.

SUBIRATS, Joan; (1989) **Análisis de Políticas Públicas y Eficacia de la Administración,** Madrid, INAP.

USP. **Um país em construção.** Disponível em www.bibvirt.futuro.usp.br/textos/humanas/historia/tc2000/h39b.pdf. Acesso em 07/03/2006.

VALENTE, Flávio Luiz Schieck. **A política de insegurança alimentar e nutricional no Brasil de 1995 a 2002.** Publicação Eletrônica; 2005. Disponível em: www.fomezero.gov.br/download/pol_inseg_alimentar_Flavio_Valente.pdf.

VALENTE, Flávio Luiz Schieck. **A Evolução, Conceito e o Quadro da Segurança Alimentar dos anos 90 no Mundo e no Brasil.** Publicação Eletrônica; 2005. Disponível em: agora@agora.org.br.

VALENTE, Flávio Luiz Schieck. **O combate à fome e à desnutrição e a promoção da alimentação adequada no contexto do Direito Humano à Alimentação: um eixo estratégico do desenvolvimento humano sustentável**, 2001, mimeo.

VALENTE, Flávio Luiz Schieck. **A Cesta Básica como Complemento Alimentar, Nutricional e de Renda.** Publicação Eletrônica; 2005. Disponível em: agora@agora.org.br.

VASCONCELOS, A. G. V. **Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula.** Revista de Nutrição vol. 18, nº 4; Campinas; Julho/Agosto de 2005.

VOGEL, Ellen. **Ferramenta para Relatórios e Análise de Conjunto de Casos.** Observatório de Políticas relativas a DCNT. Montreal, Canada, 2005.

WELLER, G.R. "The Determinants of Canadian Health Policy" **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Vol. 5, No. 3, 1980, pp. 405-418.

YIN, R. K. (1994); **Case Study Research. Design and Methods.** Second Edition. Thousand Oaks: SAGE.



Anexos





Anexo 1

Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) Resumo

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

VOLUME 34
NÚMERO 1
FEVEREIRO 2000
p. 104 - 108

Revista de Saúde Pública

Journal of Public Health

Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Setor Saúde*

Secretaria de Políticas de Saúde

34

Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Setor Saúde*

Secretaria de Políticas de Saúde

Em 1999, o Ministério da Saúde implementou uma série de medidas fundamentais para o setor, prescritas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição — PNAN — formalmente aprovada pela Portaria 710, publicada no Diário Oficial da União em junho do ano passado. A formulação dessa Política Nacional foi coordenada pela Secretaria de Políticas de Saúde — responsável, também, por sua implementação — e contou com a participação de diferentes setores do governo, segmentos da sociedade e especialistas no assunto, tendo sido submetida à apreciação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde.

A adoção dessa Política pelo setor configura um marco importante na medida em que a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde. No contexto da alimentação e nutrição o Brasil convive com situações extremas: de um lado, a desnutrição e a carência de alguns micronutrientes essenciais ainda são prevalentes e, de outro, as altas e crescentes taxas de obesidade. Essa Política Nacional se insere no contexto da segurança alimentar e nutricional e tem como propósito a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos.

O conceito de segurança alimentar que, anteriormente, era limitado ao abastecimento, na quantidade apropriada, foi ampliado, incorporando também o acesso universal aos alimentos, o aspecto nutricional e, conseqüentemente, as questões relativas à composição, à qualidade e ao aproveitamento biológico. O Brasil adotou esse novo conceito em 1986, com a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, consolidando-o a partir da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, em 1994.

No conjunto dos componentes da segurança alimentar e nutricional, estão o crédito agrícola, a avaliação e a adoção de tecnologias agrícolas e industriais; os estoques estratégicos; o cooperativismo; a importação, a distribuição, a conservação e o armazenamento de alimentos; a gestão sustentado dos recursos naturais etc. As ações para garantir essa segurança extrapolam, portanto, o setor saúde, alcançando um caráter intersetorial, sobretudo no que respeita à produção e ao consumo, o qual engloba a capacidade aquisitiva da população e a escolha dos alimentos a serem consumidos, inclusive os fatores culturais que interferem em tal seleção.

Tanto a adoção do conceito dessa segurança, em âmbito mundial, quanto a retomada das discussões acerca do tema, por parte do governo brasileiro, facilitaram a compreensão do papel do setor saúde no tocante à alimentação e nutrição. No contexto da segurança alimentar e nutricional a atuação do setor é marcada por dois momentos, que podem ser denominados positivo e crítico.

O momento positivo ocorre quando a oferta, a distribuição e o consumo de alimentos, viabilizados por meios extra-setoriais e com a participação da sociedade, transcorrem com normalidade, quer em termos de quantidade, qualidade





e regularidade, quer em termos de utilização biológica. Nessas condições positivas, as ações predominantes do setor saúde são a vigilância alimentar e nutricional, a vigilância sanitária de alimentos e as medidas de caráter educativo.

O momento crítico ocorre quando há falhas na oferta, no consumo ou no padrão de utilização biológica dos alimentos. Nessas circunstâncias, obstáculos extra-setoriais (deficiência de renda, quebra de produção, intercorrência na oferta) ou setoriais, a exemplo da desinformação e de hábitos alimentares inadequados, bem como a ocorrência de doenças e agravos endêmicos ou epidêmicos que possibilitam a existência de problemas que afetam a saúde e cuja resolução compete ao setor saúde: a desnutrição, as carências específicas, a obesidade, a diabetes melito, as dislipidemias e as associações com outras doenças crônicas de reconhecida relevância epidemiológica.

DIRETRIZES

Para o alcance do propósito da PNAN, estão estabelecidas sete diretrizes essenciais: estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

No tocante ao **estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos**, a Política estabelece que o setor saúde, como detentor dos dados epidemiológicos relativos aos

aspectos favoráveis e desfavoráveis da alimentação e nutrição, deverá promover ampla articulação com outros setores governamentais, a sociedade civil e o setor produtivo, cuja atuação esteja relacionada a determinantes que interferem no acesso universal aos alimentos de boa qualidade.

As estratégias básicas para a **garantia da segurança e da qualidade dos produtos e da prestação de serviços na área de alimentos** serão o redirecionamento e o fortalecimento das ações de vigilância sanitária. Tais ações são particularmente importantes em face, sobretudo, das constantes reciclagens nas tecnologias de produção, processamento industrial, conservação, embalagens e outros aspectos que compõem o perfil da oferta e do consumo alimentar da população.

No âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, deverão ser revistas as normas técnicas e operacionais relativas a alimentos e serviços de alimentação, enfatizando-se aquelas relacionadas à prevenção de agravos à saúde. Buscar-se-á a modernização dos instrumentos de fiscalização, com a adoção de medidas de controle e segurança na produção e na prestação de serviços, levando em conta, em especial, a análise dos perigos e o controle de pontos críticos, visando a prevenção de doenças transmitidas por alimentos e perdas econômicas por deterioração.

Ao lado disso, deverão ser atualizadas normas de racionalização, coordenação e controle dos processos de vigilância sanitária em todos os segmentos da cadeia alimentar, desde a produção, rotulagem, armazenagem, transporte, comercialização, até o consumo. Será promovida, igualmente, a atualização da legislação sanitária nacional sobre alimentos, considerando os avanços da biotecnologia — processos de transgenicidade e outros —, bem



como a compatibilização de critérios e procedimentos da vigilância, consoante aos instrumentos legais que regem os acordos internacionais.

Para o **monitoramento da situação alimentar e nutricional**, será ampliado e aperfeiçoado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional — Sisvan, de modo a agilizar os seus procedimentos e a estender sua cobertura a todo o país. A atuação do Sisvan compreenderá a descrição contínua e a predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população, bem como de seus fatores determinantes. O diagnóstico descritivo e analítico dos problemas e dos principais fatores determinantes deverá caracterizar áreas geográficas, segmentos sociais e grupos biológicos de maior risco.

Nesse monitoramento, o Sisvan deverá priorizar a gestante e o crescimento e desenvolvimento das crianças, servindo de eixo para todo o trabalho empreendido na rede de serviços, de forma especial na atenção básica de saúde. Buscar-se-á, também no âmbito da rede de serviços, incorporar às rotinas de atendimento o monitoramento do estado nutricional de cada usuário, visando a detecção da situação de risco e a prescrição de ações que possibilitem a prevenção de seus efeitos e a garantia da reversão ao quadro de normalidade.

Uma outra prioridade será o mapeamento das endemias carenciais, de modo a evidenciar sua distribuição espacial e indicar a magnitude da ocorrência da desnutrição energético-protéica - DEP, da anemia, da hipovitaminose A e da deficiência de iodo. No tocante ao acompanhamento da situação das doenças crônicas não-transmissíveis, relacionadas com a alimentação e estilos de vida considerados inadequados, o trabalho deverá ser compatibilizado com os sistemas em funcionamento, em termos

da coleta, geração, fluxo, processamento e análise dos dados

De forma mais específica, os sistemas de informação enfatizarão aspectos ligados às práticas de aleitamento e aos fatores de interferência positiva ou negativa, bem como à avaliação periódica do estado de nutrição de alunos das escolas públicas. Configurarão, ainda, pontos fundamentais de monitoramento a produção de alimentos e a análise crítica da evolução qualitativa e quantitativa de sua oferta e consumo.

Já a diretriz da **promoção de práticas alimentares saudáveis** está inserida no contexto da adoção de estilos de vida saudáveis, componente importante da promoção da saúde. Será dada ênfase à socialização do conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como a prevenção dos problemas nutricionais, desde a desnutrição — incluindo as carências específicas — até a obesidade. As ações dirigidas à adoção de práticas alimentares saudáveis deverão integrar todas as medidas decorrentes das diretrizes definidas na Política Nacional.

Merecerá enfoque prioritário o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais inerentes ao consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo, bem como de padrões alimentares mais variados, desde os primeiros anos de vida até a idade adulta e a velhice. Ao lado disso, será concedida ênfase particular a orientação quanto à prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis, tais como as cardiovasculares e a diabetes melito, e à adoção de hábitos alimentares apropriados por seus portadores, como forma de se evitar o agravamento destas patologias.

A revisão de métodos e estratégias de atuação constituirá medida básica e inicial para a efetivação da prioridade



conferida ao incentivo ao aleitamento materno, mediante, principalmente, a articulação com os diferentes segmentos sociais, sobretudo aqueles com maior capacidade de influenciar nas práticas da amamentação. Importante, também, será a adoção de medidas voltadas ao disciplinamento da publicidade de produtos alimentícios infantis. Paralelamente, a partir de critérios previamente estabelecidos, serão apoiados programas institucionais, a exemplo do “Hospital Amigo da Criança” e dos bancos de leite humano, bem como movimentos de estímulo à amamentação, de iniciativa de organizações não-governamentais. Os bancos de leite receberão uma atenção particular, para que as suas atividades sejam fortalecidas e efetivamente incorporadas na rotina dos serviços de saúde.

No tocante à legislação, serão reforçados, divulgados e ampliados aqueles dispositivos que assegurem condições básicas às mães para amamentarem os seus filhos, tais como horários e locais de trabalho compatíveis com a prática do aleitamento, bem como o acompanhamento do processo de industrialização e comercialização de produtos farmacêuticos e ou dietéticos, apresentados como soluções terapêuticas ou profiláticas de problemas nutricionais (controle do peso, fadiga, processo de envelhecimento, prevenção e tratamento de doenças de difícil gestão).

A implementação da diretriz relativa à **prevenção e ao controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição** envolverá uma atuação baseada em duas situações polares, tendo em conta a inexistência de uma divisão clara entre as medidas institucionais específicas de nutrição e as intervenções convencionais de saúde. Na primeira situação, prevalece um quadro de morbimortalidade, dominado

pelo binômio desnutrição/infecção, que afeta principalmente as crianças pobres, particularmente nas regiões de atraso econômico e social. Na segunda, está o grupo predominante do sobrepeso e obesidade, diabetes melito, doenças cardiovasculares e algumas afecções neoplásicas.

No grupo das doenças crônicas não-transmissíveis, as medidas estarão voltadas à promoção da saúde e ao controle dos desvios alimentares e nutricionais, por constituírem as condutas mais eficazes para prevenir sua instalação e evolução. Os problemas alimentares e nutricionais que gravitam em torno da desnutrição energético-protéica serão enfocados por meio de uma abordagem familiar, reconhecendo-se que os fatores de risco se definem dentro de um contexto que poderia ser considerado como “família vulnerável”.

No binômio desnutrição/infecção, serão enfatizadas as ações dirigidas à prevenção e ao manejo adequado das doenças infecciosas. A distribuição de alimentos e a educação alimentar constituirão meios indispensáveis, associados à prevenção e o controle das diarreias, das infecções respiratórias agudas e das doenças imunopreveníveis, essenciais para evitar a desnutrição ou o seu agravamento.

A vigilância do crescimento e do desenvolvimento será adotada como eixo de apoio a todas as atividades de atenção à saúde das crianças, em especial daquelas nascidas com baixo peso, em face do elevado grau de vulnerabilidade à desnutrição e às doenças infecciosas. As crianças em risco de desnutrição, compreendidas na faixa etária de seis a 23 meses de idade, serão atendidas mediante a assistência alimentar, o controle de doenças coexistentes e a vigilância dos irmãos ou contatos, incluindo as gestantes



e as nutrizes em risco nutricional, com ênfase nos bolsões de pobreza.

O monitoramento do estado nutricional, fundamental para a prevenção e o controle da DEP, será incorporado às rotinas da assistência em geral, de forma a cobrir toda a faixa etária de risco, bem como possibilitar a identificação e o desenvolvimento de ações voltadas à: redução da freqüência da desnutrição moderada e grave em crianças; diminuição da ocorrência de anemia e desnutrição em gestantes; redução da incidência do baixo peso ao nascer, e o acompanhamento destes casos.

Em relação às carências de micronutrientes, e especificamente no controle da deficiência de ferro, serão adotadas como medidas essenciais o enriquecimento alimentar, a orientação educativa e o uso de ferro medicamentoso. Para a redução da anemia por carência de ferro, serão implementadas ações de fortificação de parte da produção brasileira das farinhas de trigo e de milho, alimentos de largo consumo e baixo custo. Tais ações visam reduzir a anemia ferropriva em pré-escolares em até um terço, até o ano 2003, tendo em vista protocolo já firmado entre o governo brasileiro e o setor produtivo.

No combate à hipovitaminose A, nas áreas reconhecidas como de risco, além da aplicação periódica e emergencial de megadoses de retinol deverá ser promovido o estímulo à produção e ao consumo de fontes alimentares ricas nesta vitamina ou seus precursores e, quando necessário, o enriquecimento/fortificação de alguns alimentos. Nessas áreas de risco, além de outros cuidados que integram a atenção básica à saúde, serão sistematizadas medidas periódicas de administração de doses massivas desse nutriente a todas as crianças menores de cinco anos de idade. O enriquecimento

do leite e das massas alimentares com vitamina A, ferro ou, eventualmente, com outros nutrientes, também deverá ser promovido.

Considerando-se a importância epidemiológica da deficiência desses nutrientes, promover-se-á, ainda, a complementação das tabelas de composição químico-nutricional dos principais alimentos consumidos no país, valorizando o conteúdo e a biodisponibilidade de ferro e de precursores da vitamina A.

Já o enfrentamento dos distúrbios produzidos pela deficiência primária de iodo será feito mediante a iodação do sal de consumo doméstico e animal, assegurando-se as condições legais, administrativas e operacionais para a aplicação sistemática desta medida. Serão sistematizadas e implementadas medidas contínuas de controle, quer no próprio processo de adição do iodo, junto às indústrias, quer mediante ações de fiscalização, a partir da colocação do produto, no mercado, para consumo.

Por outro lado, o estímulo ao aleitamento materno terá importância estratégica, quer na prevenção da desnutrição energético-protéica, da anemia e da deficiência de vitamina A, nos primeiros meses de vida, quer na redução da incidência, duração e gravidade das diarreias e das infecções respiratórias agudas. Deverão ser consolidados os esforços destinados a ampliar a duração do aleitamento materno, de modo que a prática da amamentação exclusiva se estenda até aos seis meses de idade e o aleitamento, combinado com a introdução de alimentos adequados, se prolongue até o segundo ano de vida.

Um dos mecanismos para garantir a execução dessas ações será a transferência de recursos federais específicos para o



controle das carências e outros distúrbios nutricionais. Os municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional Básica – Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal – poderão, atendidos os critérios fixados, credenciar-se para receber um incentivo financeiro agregado ao Piso da Atenção Básica (PAB). Os recursos serão transferidos, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. É importante assinalar que, nos termos da portaria que trata do incentivo financeiro destinado ao custeio das medidas relativas à alimentação e nutrição, estão definidas todas as ações a serem empreendidas, entre as quais aquelas inerentes ao controle da desnutrição de grupos de risco.

A implementação de todas as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição contará com o suporte de **linha de pesquisa** que esclareçam aspectos particulares e gerais de alguns problemas, avaliem a contribuição dos fatores causais envolvidos e indiquem as medidas mais apropriadas para seu controle. Entre as linhas de interesse, caberá destaque ao problema da desnutrição energético-protéica que, apesar de bem descrito e analisado, em termos geográficos e sociais, requer estudos adicionais para atualização. No contexto da deficiência de micronutrientes, deverá merecer atenção o aprofundamento do conhecimento, ainda limitado, sobre a epidemiologia das anemias e da hipovitaminose A.

Paralelamente, os estudos ainda preliminares sobre a relação entre enfermidades crônicas não-transmissíveis e perfil da dieta deverão ser, da mesma forma, ampliados, e disseminadas as suas conclusões. Já a relação entre consumo alimentar e valor da dieta será objeto de estudos que permitam ampliar a análise da situação, uma vez que os dados

disponíveis referem-se apenas a algumas áreas metropolitanas.

Os estudos e pesquisas deverão possibilitar a elaboração de tabelas nacionais sobre composição e valor nutritivo dos alimentos e das principais preparações culinárias, particularizando-se o interesse pelos aspectos de biodisponibilidade de ferro e de vitamina A. Será, também, objeto de ênfase o estabelecimento de padrões alimentares regionalizados para todas as faixas etárias, segundo hábitos locais prevalentes, inclusive no período de transição alimentar do aleitamento, destacando-se, neste particular, a implementação de projetos já iniciados.

O desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos constituem diretriz que perpassará todas as demais definidas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, configurando mecanismo privilegiado de articulação intersetorial, de forma que o setor saúde possa dispor de pessoal em qualidade e quantidade. O trabalho conjunto com o Ministério da Educação, especificamente, deverá ser viabilizado tendo em vista a indispensável adequação dos cursos de formação na área da saúde, abordando todos os aspectos inerentes às diretrizes fixadas na PNAN.

No âmbito da execução de ações, de forma mais específica, a capacitação buscará preparar os recursos humanos para a operacionalização de um elenco básico de atividades, que incluirá: a avaliação de casos; a eleição de beneficiários e seu devido acompanhamento nos serviços locais de saúde; e a prevenção e a gestão adequado de doenças que interferem no estado de nutrição ou, sob outros aspectos, de condições alimentares e nutricionais que atuam como fatores relevantes de risco no desenvolvimento de



doenças, particularmente as de natureza crônica não-transmissível.

A capacitação de pessoal para o planejamento, coordenação e avaliação de ações deverá constituir as bases para o desenvolvimento do processo contínuo de articulação com os demais setores, cujas ações estão diretamente relacionadas com a alimentação e a nutrição. Deverá, igualmente, capacitar os profissionais para prestar a devida cooperação técnica demandada pelas demais esferas de gestão, visando uniformizar conceitos e procedimentos.

RESULTADOS

Em 1999, na implementação das diretrizes preconizadas pela PNAN, foram destinados mais de R\$130 milhões, estando programados, para este ano, um montante superior a R\$176 milhões. As medidas adotadas em 1999 permitiram o alcance de resultados relevantes, entre os quais destacam-se:

- a qualificação de mais de 86% dos municípios brasileiros — 4.722 — para receber o incentivo financeiro de combate às carências nutricionais, referente a parte variável do Piso da Atenção Básica (PAB);
- atendimento regular de mais de 563 mil crianças em risco nutricional entre seis e 23 meses de idade — ou seja, 92% do total estimado, que estão recebendo suplementos alimentares de alto valor protéico e calórico;
- atendimento regular de 281 mil crianças de outras faixas etárias, gestantes e idosos carentes com suplementação alimentar e outras ações de promoção da alimentação adequada;
- a distribuição de quatro milhões de megadoses de vitamina A para o atendimento de crianças entre seis e 59

meses de idade, de áreas endêmicas, como a região Nordeste e o Vale do Jequitinhonha;

- a distribuição de 673 mil frascos de sulfato ferroso, por meio dos agentes comunitários de saúde, em 512 municípios da região Nordeste;
- a implementação de 15 estudos e pesquisas nutricionais para o mapeamento nacional das carências nutricionais e o desenvolvimento da tabela brasileira de composição de alimentos;
- a elaboração de guias alimentares segundo a diversidade regional; a produção, distribuição e veiculação de material informativo sobre alimentação adequada e peso saudável, destinado à população em geral e à formação de professores do ensino básico;
- a organização de banco de dados sobre alimentos e alimentação, disponível para consulta pelo Disque-Saúde, para o que foram treinados mais de 80 atendentes para fornecer informações;
- estabelecimento de convênios com os estados visando ao fortalecimento das coordenações de alimentação e nutrição; e
- a fortificação de farinhas de trigo e de milho com ferro, consoante ao Compromisso Social para a Redução da Anemia por Carência de Ferro no Brasil, firmado com a indústria de alimentos

*Texto de difusão técnico-científico do Ministério de Saúde

©2005 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Avenida Dr. Arnaldo, 715

01246-904 São Paulo SP Brésil

Tel./Fax: +55 11 3068-0539

revsp@org.usp.br



Anexo 2

Guia de Entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Processos de formulação da Política Nacional de Alimentação e

ETAPA DE FORMULAÇÃO

- 1) Na sua opinião, em que momento o problema da Alimentação e Nutrição entrou para agenda pública brasileira? Por quê?
- 2) Na sua opinião, quais os fatores (políticos, econômicos, sociais) que influíram para a aprovação da PNAN em 1999?
- 3) Quais foram os atores que, de alguma forma, contribuíram para a formulação da **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** (gestores públicos de instituições governamentais, conselhos de direitos, ONGs, universidades etc)?
- 4) Outros setores, além da saúde, participaram das discussões relacionadas à formulação da Política?
- 5) As diretrizes da **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** foram debatidas e negociadas? Como?
- 6) Quais as questões ou preocupações estratégicas relevantes na fase de formulação da **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**?
- 7) Anteriormente à **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**, existiam programas, projetos ou ações implementadas/executadas, no âmbito federal, objetivando a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)? Quais?
- 8) Esses programas deram algum resultado? Por que foram mudados? Quem decidiu realizar as mudanças?
- 9) Que grau de prioridade foi conferido à diretriz de prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis associadas à **Alimentação e Nutrição**? Por quê?
- 10) Quais as questões prioritárias e opções estratégicas identificadas na proposta de prevenção e controle das DCNTs na **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**?
- 11) Quais os principais obstáculos ou desafios ao processo de construção da proposta de prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis associadas Alimentação e Nutrição?
- 12) Alguma reivindicação ou setor não foi contemplado na proposta? Por quê?
- 13) Na sua opinião, qual o maior mérito da proposta de prevenção e controle das DCNTs na **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**?
- 14) Na sua opinião, qual a maior deficiência da proposta de prevenção e controle das DCNTs na **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**?



Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados e publicados em relatórios ou documentos científicos no âmbito nacional e internacional. Nenhum nome será utilizado ao divulgar os resultados da pesquisa.

A participação neste estudo não acarreta custo algum para você; além disso, não se identificaram riscos ou benefícios potenciais por sua participação, no entanto, é claro que sua contribuição é muito valiosa para o desenvolvimento da saúde pública do país.

Sua participação é voluntária, e você tem o direito de não participar ou de retirar-se do projeto no momento em que o desejar. Negar-se a participar do estudo não acarretaria punição alguma, nem interferirá em sua relação com os entrevistadores nem com as instituições participantes. E você terá acesso aos resultados finais da pesquisa.

Se desejar obter mais informações sobre o estudo, por favor, comunique-se conosco pelos telefones abaixo.

Dra. Deborah Carvalho Malta
Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Tel: (61) 315-3784
Fax: (61) 315-3498

Profa. Dra. Denise Bomtempo B. de Carvalho
Departamento de Serviço Social – UnB – IH
Tel. 3307 18 18 ou 3307-2290 ram: 217
birche@terra.com.br

Eu, _____, li e compreendi as explicações dadas na carta anterior sobre a pesquisa do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), intitulada “Mapeamento das iniciativas de vigilância, prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 1999/2005: subsídios à formulação de uma política nacional de vigilância integrada”, coordenada pela Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, do Ministério da Saúde, tendo como consultora a Professora Doutora Denise Bomtempo Birche de Carvalho, da Universidade de Brasília.

Entendo que vou participar de uma entrevista de aproximadamente 90 minutos, a qual será gravada e transcrita. Além disto, se o desejar posso receber com antecedência cópia dos tópicos que serão tratados na entrevista. Também entendo que as informações que eu fornecer são confidenciais e que as análises serão divulgadas e publicadas nacional e internacionalmente.

Estou informado (a) de que não se conhecem riscos decorrentes de minha participação neste estudo, que não acarreta custo econômico algum para mim. Ademais, sei que posso decidir não participar do mesmo ou retirar-me no momento em que o desejar.



Li e compreendi a carta informativa e este Termo de Consentimento. Sei que posso contatar a coordenação do estudo pelos telefones fornecidos se desejar mais informações acerca do desenvolvimento da pesquisa.

SIM, concordo em participar deste estudo como informante chave.

NOME DO INFORMANTE

IDENTIDADE

ASSINATURA

NOME DA TESTEMUNHA

IDENTIDADE

ASSINATURA

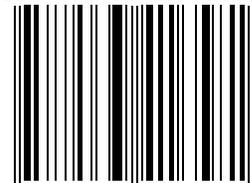
NOME DO COORDENADOR (A)

IDENTIDADE

ASSINATURA

Profa. Dra. Denise Bomtempo B. de Carvalho
Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Programa de Pós-graduação em Política Social
Tel. 3307 18 18 - 3307-2290 ram: 217
birche@terra.com.br

ISBN 978-85-334-1658-1



9 788533 416581