

O caso da Costa Rica

*Formulação da Política de Fortificação de
Farinha de Trigo com Ácido Fólico*



Relatório final do Observatório de Políticas CARMEN de doenças não transmissíveis, Costa Rica, 2006



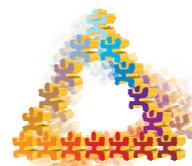
Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde



CARMEN

O caso da Costa Rica

Formulação da Política de Fortificação de Farinha de Trigo com Ácido Fólico



EQUIPE COORDENADORA

Dr. Luis Tacsan Chen¹
Dra. Darlyn Castañedas López²
Dra. Lila Umaña³

EQUIPE TÉCNICA

Melany Ascencio Rivera¹, *Coordenadora*
Ana Eduvigis Sancho Jiménez¹
Fernando Herreras Canales¹
Dra. Guiselle Guzmán Saborío²
Lorena Agüero Sandí²
Dra. Ileana Quirós Rojas²
Gabriela Solano Mora²
José Alberto Sequeira Guevara²
Marta López Hernández⁴
Gioconda Padilla³

EQUIPE ASSESSORA

Dr. Roberto del Aguila⁵
Jessica McDonald⁶
Dr. Clarence Clotney⁷

¹Departamento de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde, Ministério da Saúde

²Departamento de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, Caixa Costarricense de Seguro Social

³Instituto Costarricense de Pesquisa e Ensino em Nutrição e Saúde

⁴Departamento Geral de Gestão Regional e Rede de Serviços de Saúde, Caixa Costarricense de Seguro Social

⁵Organização Pan-Americana da Saúde

⁶Consultora

⁷Agência de Saúde Pública do Canadá

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO	1
II.	ANTECEDENTES.....	3
	Características político-administrativas da Costa Rica	3
	Indicadores demográficos e de saúde	4
	A iniciativa CARMEN/CINDI	4
	Observatório de políticas do CARMEN	5
III.	MARCO DE REFERÊNCIA	6
	Diagrama I: Marco analítico – Etapa de formulação de políticas	8
IV.	OBJETIVOS	10
V.	METODOLOGIA	11
VI.	ANÁLISE DE RESULTADOS.....	15
	Contexto no qual surge a política	15
	Modelo econômico e segurança alimentar	15
	Reforma do Estado, Reforma do Setor da Saúde	17
	Situação econômica do país em 1996	17
	Situação da saúde em 1996	18
	Evolução da situação nutricional da população	18
	Reconhecimento do problema e inclusão na agenda	20
	Proposta de solução	21
	A experiência de fortificação de alimentos no país	21
	A influência dos fóruns internacionais	22



Processo de negociação da política	23
Primeira etapa: Estabelecimento de uma base de provas científicas e alianças estratégicas .	24
Segunda etapa: Construção da aliança técnico-política	26
Diagrama 2: Rede de condições e fatores que facilitaram a formulação da política	29
Terceira etapa: o encontro com os industriais	29
Diagrama 3: Rede de condições e fatores que facilitaram a negociação da política	34
Concepção da política para sua implementação	34
Ajustando os critérios para normalizar.	34
A redação do decreto.	37
Diagrama 4: Aprovação da Política.	38
Quadro 1: Níveis de Enriquecimento por Decreto	39

VII. CONCLUSÕES 40

Diagrama 5: Participação dos atores na formulação da política	41
Diagrama 6: Linking approaches with new practices for public policy formulation	43

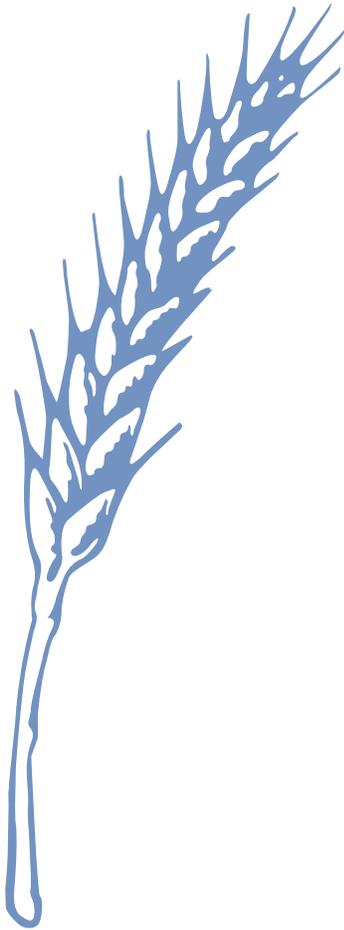
VIII. LIÇÕES APRENDIDAS 45

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 47

X. ANEXOS 51

Anexo 1: Manual para a revisão, análise documental e entrevista em profundidade	52
Anexo 2: Carta para informantes-chave.	55
Anexo 3: Formulário de consentimento informado.	56
Anexo 4: Intenções, capacidades, necessidades, alianças e conflitos dos diferentes participantes no momento da formulação da política	57





I. INTRODUÇÃO

As doenças não transmissíveis constituem um dos principais problemas de saúde pública em muitos países; na Costa Rica esta é a principal causa de mortalidade geral. Esse fato gerou uma série de iniciativas orientadas para sua prevenção, entre outras, o estabelecimento da REDE CARMEN à qual a Costa Rica aderiu no ano 2000.

O Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial de Doenças não Transmissíveis (CARMEN) é uma iniciativa de enfoque integral para doenças crônicas não transmissíveis (DNT) que foi estabelecida em muitos países e que se tornou o ponto de partida para a formulação de políticas e intervenções efetivas para a prevenção e controle deste tipo de doenças na América Latina e no Caribe.

No ano 2003, a REDE CARMEN, cujo objetivo é promover uma agenda conjunta para a prevenção integral de DNT mediante uma maior cooperação técnica entre os países das Américas, incentiva a criação de um Observatório de Políticas de Doenças não Transmissíveis (OPDNT), com apoio do centro canadense colaborador da OMS para a formulação de políticas, com a intenção de criar progressivamente uma cultura de formulação de políticas baseada em provas.

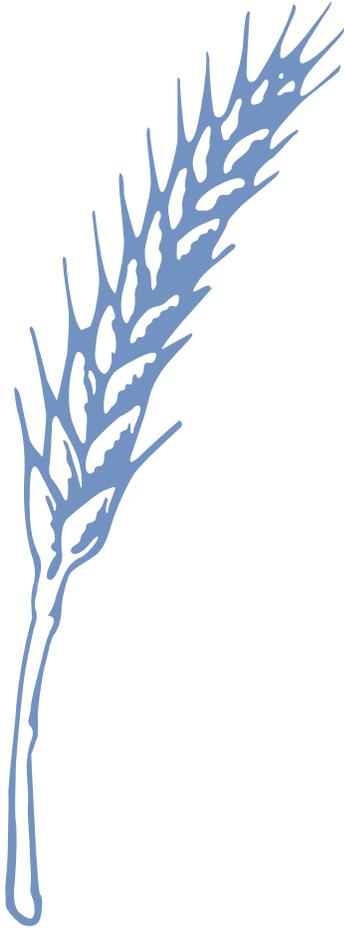
A Costa Rica, como país integrante da REDE CARMEN assumiu o compromisso de iniciar a criação do Observatório de Políticas de DNT, conjuntamente com o Canadá e o Brasil, tomando como ponto de partida estudos de casos centrados na formulação e aprovação de políticas públicas no âmbito da nutrição que permitirá analisar e comparar esses processos nos três países. Na Costa Rica, foi decidido fazer uma análise retrospectiva da experiência de formulação, negociação e aprovação da política sobre fortificação de farinha de trigo com ácido fólico, por ser uma política que incide na redução de má-formação congênita. Esta política fornece o contexto base para o desenvolvimento deste projeto inter-países.

O presente documento tem o objetivo de apresentar os resultados da pesquisa realizada em torno deste estudo de caso, no intuito de levantar provas para a formulação de políticas de saúde. Este estudo de caso aborda uma política já



aprovada que demonstrou seu impacto na redução da prevalência de mulheres com níveis deficientes de folatos e na incidência de defeitos do tubo neural. Por isso, esta pesquisa permitiu recuperar o contexto em que foi criado, pormenorizar os elementos do processo que impulsionaram ou impediram sua aprovação, os setores que participaram das negociações e interesses dos mesmos. Assim como os acertos e desacertos do Estado durante o citado processo.

O presente documento traz um insumo fundamental para explicitar a relevância de instaurar o Observatório de Políticas de Doenças não Transmissíveis em nosso país, como um mecanismo dirigido para a análise e avaliação das políticas públicas de saúde. É assim que o país submete seus processos de formulação e aprovação de política pública a regulações sistemáticas que oferecem informação científica, oportuna e atualizada para enfrentar a problemática de saúde de uma maneira eficaz e eficiente.



II. ANTECEDENTES

Características político-administrativas da Costa Rica

A Costa Rica está localizada na América Central, tem uma extensão de 51 100 km², limitada ao norte com a Nicarágua, a sudeste com o Panamá, a leste com o mar do Caribe e oeste com o Oceano Pacífico. Do ponto de vista político-administrativo, o território nacional está dividido em 7 províncias e 81 cantões; entretanto, do ponto de vista do planejamento está dividido em 6 regiões: Central, Pacífico Central, Chorotega, Brunca, Huetar Norte e Huetar Atlântica.

É um país democrático que fundamenta sua institucionalidade jurídica, econômica e social na Constituição Política da República que data de 1949, a qual inclui a abolição do exército a partir daquele ano (MS, 2002).

O poder é exercido por três poderes distintos e independentes entre si: Legislativo, Executivo e Judicial. O Poder Legislativo é exercido pela Assembleia Legislativa, o Poder Executivo, como seu nome o indica, é o órgão executivo do estado e é exercido – representando o povo - pelo presidente da República e seus ministros. O Poder Judicial é exercido pela Corte Suprema da Justiça e os tribunais que estabelecem a lei. Os representantes dos primeiros dos Poderes são eleitos mediante voto popular a cada quatro anos.

Como parte do setor da saúde, estão o Ministério de Saúde, a Caixa Costarricense de Seguro Social, o Instituto Costarricense de Aquecidos e Esgotos, o Instituto Nacional de Seguros, Universidades e Municipalidades.

O Ministério da Saúde é o órgão que regulamenta a saúde do país, órgão que se viu fortalecido a partir de 1994 como resultado do ajuste estrutural que levou à reestruturação do Setor da Saúde. A partir daquele ano, o Ministério da Saúde assumiu a direção e condução da gestão como processo político e operativo da produção social da saúde, por meio da participação das organizações da sociedade civil e política na identificação de problemas de saúde e no conceito e execução das intervenções.

Por outro lado, a CCSS é a encarregada da atenção integral direta das pessoas por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, cura e reabilitação.

Indicadores demográficos e de saúde

Em 2004, o total de habitantes da Costa Rica era de 4.248.508 dos quais 50,8% eram homens e 49,2% mulheres. A maior parte da população está concentrada na zona urbana (71,3%). O crescimento populacional para esse ano foi de 2,8%. (INEC, 2005).

Da mesma forma, o recenseamento de população realizado no ano 2000 a estrutura da população costarrriquenha tende ao envelhecimento, dado que se observou uma queda na população com menos de 15 anos com relação a 1950, pelo contrário a população de 56 anos e mais aumentou. A razão de dependência para o ano 2004 foi de 60% habitantes (INEC, 2001).

Por outro lado, a esperança de vida da população costarrriquenha ao nascer tem aumentado para 76,0, 77,4 e 78,4 em 1996, 2000 e 2004, respectivamente. No último ano, foi de 81,0 e 76,2 anos para mulheres e homens (MS, 2005).

A taxa de mortalidade infantil é baixa e está diminuindo, sendo de 9,2/1000 hab. em 2004, a taxa de mortalidade geral se manteve estável em níveis baixos (3,7/1000 hab.)

Com relação à mortalidade geral, o grupo de doenças do sistema circulatório (10,5/10 000 hab. em 2003) se manteve em primeiro lugar por mais de 10 anos seguido pelos tumores (8,2/10 000 hab.), o que é de se esperar dado que ao aumentar a esperança de vida ao nascer aumenta-se a exposição das pessoas a fatores de risco de doenças crônicas tais como dieta inadequada, sedentarismo, tabagismo e estresse entre outras. Entre este grupo de causas, as principais foram doença isquêmica do coração e doença cerebrovascular as quais mantêm estreita relação com os estilos de vida (MS, 2005).

A iniciativa CARMEN/CINDI

As doenças não transmissíveis (DNT) como problema de saúde, têm gerado uma série de ações orientadas para sua prevenção, tanto na Europa com o Programa de Intervenção Integrada de alcance nacional para doenças não transmissíveis (CINDI), como nos países da América Latina e o Caribe com a Iniciativa CARMEN.

Ambos os programas fomentam a implementação da Estratégia Saúde para todos de uma maneira prática; proporcionando aos países participantes um

“método ou marco de referência para realizar atividades destinadas a modificar os fatores determinantes da saúde, de índole social e ambiental, assim como para prevenir e controlar os fatores de risco comuns a uma série de DNT, como por exemplo o tabagismo, a hipertensão arterial e o consumo excessivo de álcool”
(OPAS, 1997)

O CARMEN se baseia no princípio de ação intersectorial, multidisciplinar e comunitário, que envolve todos os setores responsáveis de criar ambientes socioeconômicos, físicos e culturais que promovam a saúde e facilitem a escolha de um estilo de vida sadio.

Esta iniciativa tem como objetivo melhorar a saúde da população ao diminuir a morbimortalidade por meio de ações enfocadas na prevenção e promoção da saúde, ao reduzir os fatores de risco comuns às DNT, tais como alimentação inadequada, abuso de álcool, inatividade física e estresse psicossocial (Morice, 1998).

Na Costa Rica, este Programa está a cargo do Comitê Executivo Nacional, com representação do Ministério da Saúde (coordenador), Ministério da Educação Pública, Instituto Costarrriquenho de Pesquisa e Ensino em Nutrição e Saúde (INCIENSA), Instituto de Alcoolismo e Farmacodependência, Caixa Costarrriquenha de Seguro Social, Instituto de Nutrição de América Central e Panamá (INCAP-OPAS) e a Representação da OPAS na Costa Rica. Suas ações propõem estabelecer uma estrutura organizacional

e funcional que mediante um enfoque multisetorial e por meio de alianças estratégicas formule as políticas e diretrizes nacionais da iniciativa no país. Também, o desenvolvimento de um

“...trabalho integrado, interinstitucional e multidisciplinar que atue sobre os fatores condicionantes das doenças não transmissíveis, tanto individuais como coletivas” (MS, 2000).

No final de 1999, esta iniciativa se põe em prática no Cantão Central da Província de Cartago, com ações e feitos importantes. E em 1998, o Projeto é incluído nas Diretrizes da Política de Saúde do Governo de 1998- 2002 (MS, 1999).

Observatório de políticas do CARMEN

Os países das Américas enfrentam desafios normativos comuns em matéria de políticas para a prevenção de DNT, já que atualmente existem lacunas de importância fundamental nos conhecimentos sobre a eficácia de determinadas políticas e uma escassez de dados pertinentes que informe os encarregados de tomar decisões e os representantes dos organismos da região (OPAS et al, 2005).

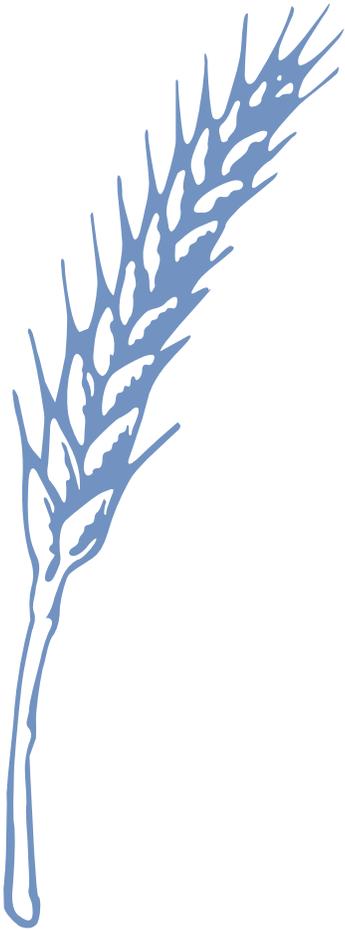
Com base nestes desafios e na necessidade de adquirir experiência em análise e avaliação sistemáticas das políticas e com o objetivo de apoiar os encarregados da formulação de políticas eficazes e integradas de prevenção de DNT, em novembro de 2003, na reunião da REDE CARMEN, realizada no Brasil, os estados-membros da OPAS pediram que o Canadá, através de seu Centro Colaborador da OMS para a formulação de políticas de prevenção de DNT, cumprisse uma função primordial no estabelecimento de um Observatório de Políticas das DNT nas Américas.

As metas do Observatório são:

- Apoiar a formulação de políticas eficazes e integradas de prevenção de DNT, por meio da análise sistemática dos processos incluídos na formulação, adoção e execução de tais políticas, e vinculando esta análise da avaliação dos programas e intervenções estabelecidos por meio destas políticas.

- Fortalecer a colaboração multisetorial na adoção de políticas complementares que maximizem a prevenção de DNT.
- Dar um lugar mais importante à prevenção de DNT no programa dos encarregados de formular as políticas.

A implementação do Observatório utilizando o caso da fortificação de alimentos com ácido fólico, é compatível com objetivos nacionais tais como os estabelecidos no Plano Nacional de Alimentação e Nutrição 2004-2008 (MS et al, 2004) em sua Política 3 “Prevenção e Controle Integral e Intersetorial da Malnutrição, com Oportunidade, Qualidade e Enfoque de Gênero”: estratégias 3.3, 3.4, 3.5; e na Agenda Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde 2005-2010 (MS, MICIT, UCR, 2004) nas áreas de *Sistemas e Políticas em Saúde (ação estratégica No. 5)* e de *Alimentação e Nutrição (ações estratégicas No. 5 e 6)*. Define também um novo enfoque no trabalho das DNT e proporciona uma plataforma para futuras pesquisas, o trabalho conjunto na elaboração de políticas públicas em saúde e a tomada de decisões nos países e entre as agências de saúde, instituições ou outros organismos internacionais.



III. MARCO DE REFERÊNCIA

O marco de referência utilizado como guia para esta pesquisa foi o proposto pelo Observatório de Políticas relativas às doenças não transmissíveis CARMEN (Clottey, 2005). Nesta proposta se parte do ciclo de políticas em quatro etapas consecutivas, que se iniciam com a formulação, seguida pela implementação, depois a avaliação e por último o feedback da política. Para esta pesquisa, a ênfase foi colocada na etapa inicial do ciclo, a formulação da política que orienta as ações a serem desenvolvidas e suas três fases:

- Elaboração da agenda: o reconhecimento do problema e a inclusão na agenda.
- Definição do problema: formular o problema desde as causas e possíveis soluções para enfrentá-las.
- Tomada de decisões: os responsáveis pela formulação das políticas decidem adotar uma política para enfrentar o problema.

Nesta primeira etapa do ciclo, também é possível distinguir três momentos diferentes que respondem a como se formulou a política, como se negociou a mesma para torná-la viável e, em seguida, como foi aprovada a política.

Por sua vez, a proposta do Observatório contempla a abordagem de seis conceitos básicos que interagem e dão características particulares a cada processo de formulação de política pública. Eles são o contexto, as ideias, os interesses e conflitos de política, as instituições e organismos do governo, os instrumentos de política e o plano de ação.

O contexto tem a ver com as condições de vida da população e com os recursos que possuem indivíduos e grupos (no âmbito público e privado) para enfrentar as necessidades e os problemas de saúde. Neste contexto, se mostram as dinâmicas que estabelecem a direção dos determinantes da saúde-doença, seja os que a favoreçam ou a deterioreem.

A resposta social às necessidades e problemas de saúde pode ser traduzida por políticas, programas e serviços, que devem considerar estes elementos do contexto para serem formulados e determinar também a pertinência e alcance dos

mesmos. Portanto, a situação política, social e econômica existente num momento determinado no qual as políticas são concebidas e iniciadas, definirá os elementos presentes que favorecerão ou não esse processo, assim como as forças sociais relevantes durante o mesmo.

Os participantes que intervêm na gestação de uma política, assim como a população em geral, possuem uma série de valores e critérios próprios de acordo com sua ideologia. As ideias representam as crenças e os valores dos diferentes grupos e indivíduos, o que reflete as diferentes posições com relação a um tema ou problema e que marcam a orientação das políticas. Assim sendo, as pesquisas existentes sobre os temas relacionados com a política dão informação, não somente sobre os aspectos indagados, mas também sobre o enfoque e os valores implícitos nas mesmas.

Portanto, as ideias caso sejam compartilhadas, aceitas e de relevância para grupos importantes, são a semente da formulação de uma política pública.

Da mesma forma que as ideias, os interesses particulares entram na formulação de uma política. Quando uma série de interesses converge e interage em diferentes grupos ou sobre um tema específico, estes tomam a forma de redes de política.

Os interesses estão presentes tanto no âmbito público quanto no privado. Os grupos e indivíduos com interesses determinados se constituem como grupos de interesse e interagem tanto nas estruturas formais quanto nas informais.

Estes grupos têm diferentes recursos e formas de interação entre eles:

“Os grupos de interesse estão tratando constantemente de apresentar ao encarregado de formular as políticas correspondentes seu ponto de vista sobre um problema que os afeta. Alguns destes grupos estão bem organizados e dispõem de recursos significativos. Frequentemente, esta capacidade permite que sejam levados em conta no processo de formulação de políticas passando por cima de outros grupos com menos recursos.

Até certo ponto, os governos dependem de grupos de interesse que contam com recursos importantes para ajudá-los a decidir com relação a um problema específico” (OPAS, 2005).

Quando um governo decide estabelecer ou aceitar um tema incluído na agenda para sua discussão e eventual formulação de uma política, ele o faz por meio de suas instituições:

“Estas são as estruturas e processos formais por meio dos quais os encarregados de formular as políticas tomam decisões sobre os temas de política pública. As estruturas formais incluem: os setores executivo, legislativo, burocrático e judicial do governo; as regras formais criadas através da legislação, os regulamentos e as decisões judiciais e as estruturas (departamentos, organismos) e processos formais elaborados através dos diversos setores do governo” (OPAS, 2005)

As instituições podem ou não, de acordo com a organização do governo, articular-se entre si, de forma tal que os diversos setores estabeleçam suas políticas e adaptem ou não uma resposta integrada para abordar uma necessidade ou um problema de saúde, seja diretamente ou através de seus determinantes.

O governo utiliza também uma série de instrumentos de política, que são a combinação de recursos que este decide usar ao abordar um tema de políticas. São insumo e resultado das atividades do governo. São ferramentas como a legislação, a regulamentação em nível nacional ou internacional. Estas ferramentas podem ou não ser coercitivas.

A eficácia dos instrumentos está relacionada com o contexto no qual se aplica, assim como o ambiente reinante no momento da formulação e aplicação.

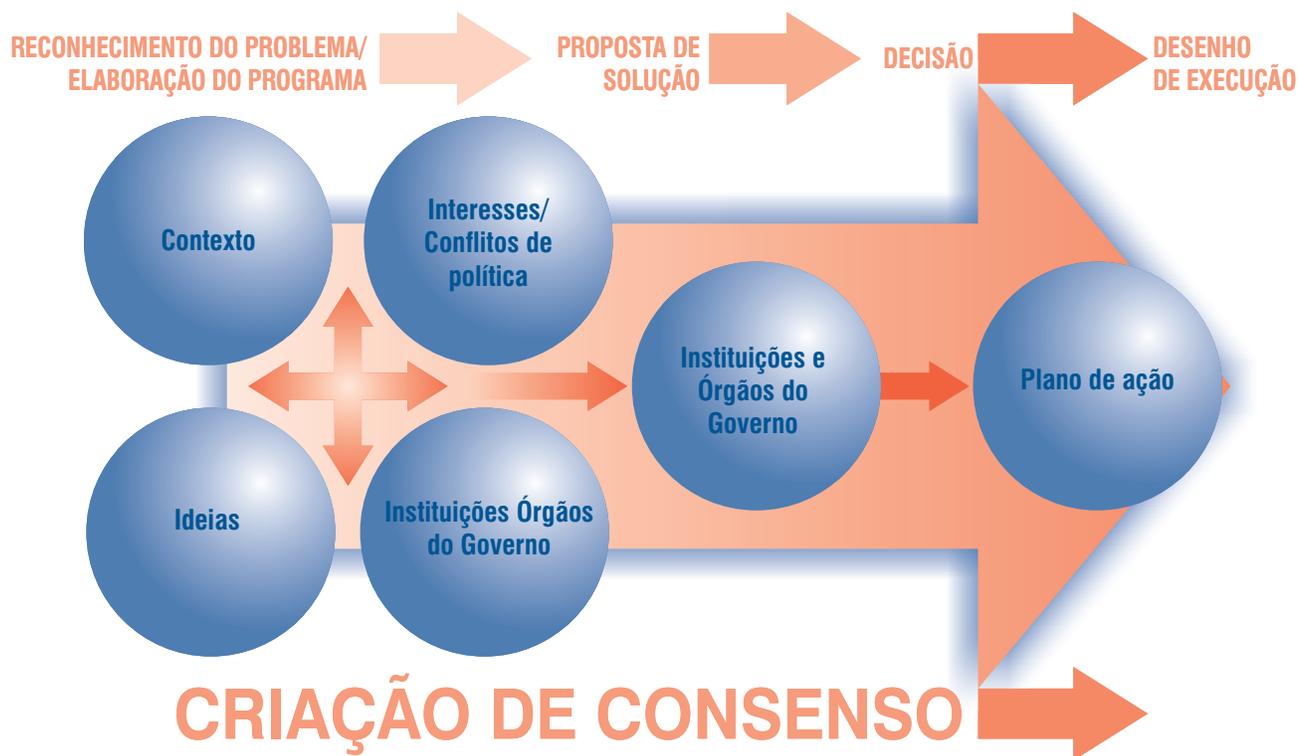
Para que uma política se torne operacional, deve haver um plano referente à interação das políticas dos diferentes setores do governo, que permitem alcançar um resultado no campo da saúde, reduzindo especificamente o fardo das principais doenças ou condições de saúde na população, já que agem sobre seus determinantes.

Observar a interação deste conjunto de elementos, favorece a análise sistemática daqueles que facilitam e daqueles que impedem a formulação e execução da política que nos ocupa. A observação contribui de determinada maneira à construção de consenso que permite chegar à fase final da formulação da política. O Diagrama I sintetiza todos os elementos acima indicados.

É por isso que a formulação de uma política carrega uma série de elementos que envolvem a complexidade das relações sociais, a distribuição desigual de recursos e de poder, portanto é necessário utilizar diferentes mecanismos para sua formulação e negociação.

Como foi indicado antes, quando uma política está sendo elaborada se produzem interações de diversos grupos e indivíduos. Nestas interações surgem uma série de ideias e interesses que também vai determinar alianças e conflitos. Isso

Diagrama I: Marco analítico – Etapa de formulação de políticas



Fonte: Centro Colaborador da OMS para as Políticas de DNT, Agência da Saúde Pública do Canadá e OPAS. Projeto de Relatório da Metodologia. 18 de março de 2005.

configura o que se chama atores sociais, definidos como:

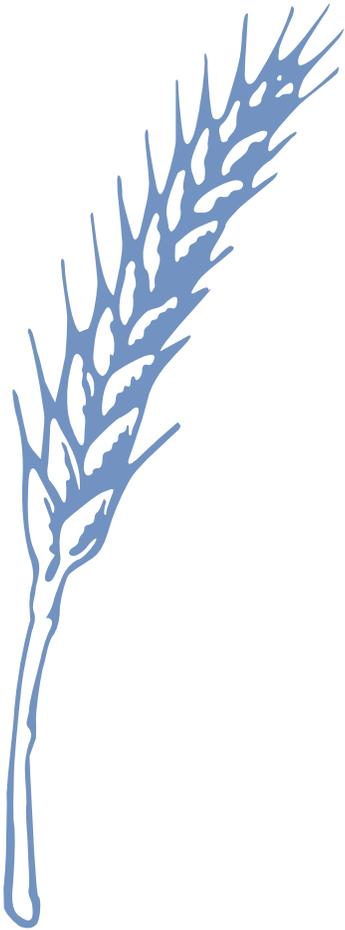
É possível afirmar que a formulação de políticas surge como resposta do Estado para satisfazer necessidades e regular as interações da população. As decisões políticas devem ser tomadas pelo Estado. Entretanto, dessas decisões participam de uma ou outra maneira, indivíduos e grupos que estão imersos num sistema social complexo. Neste sistema se encontram expressões individuais e coletivas da identidade nacional, etnia, cultura, formas de aquisição de bens e serviços, estrutura econômica diferenciada, mecanismos de eleição pública, organização de coletivos, entre outros (Ayala, 1997).

“indivíduos ou grupos que, devido a seus interesses, detenham a capacidade de intervir de forma significativa na situação ou que contam com os recursos de poder que os fazem determinantes no processo de desenvolvimento das políticas” (Purcallas, 1979, Pág. 231).

Durante a análise da política, é necessário realizar uma leitura dos participantes envolvidos à luz da formulação, negociação e aprovação da mesma (Purcallas, 1979), propõe refletir sobre as seguintes características dos atores sociais:

- a. **Intenções:** inclui sua ideologia, os projetos utópicos, seus planos concretos, suas tendências e reações diante de situações passadas, seus valores. Isso permite compreender o valor que cada participante conseguiu dar à formulação da política.
- b. **Capacidades:** refere-se ao poder político de cada participante, os recursos com que conta, sua criatividade, sua forma de intervir e maneira de trabalhar. Com esta característica se revela a conduta e os recursos que cada participante manipula e que lhe dão determinado peso político na formulação da política.
- c. **Necessidades:** corresponde aos seus requerimentos em seus planos, suas demandas e insatisfações mais evidentes. Esta característica permite compreender o interesse que pode ter cada participante em que se estabeleça uma política determinada.
- d. **Alianças e conflitos:** refere-se às afinidades ou desavenças com outros participantes, sua capacidade de liderança e de mobilização de outros participantes em função de seus interesses. Esta característica permite compreender as possibilidades de construir o consenso requerido para a formulação da política.

A identificação dos atores sociais e a análise de como se conjugaram as características anteriores para facilitar ou prevenir a formulação da política de fortificação da farinha de trigo com ácido fólico é o que se pretendeu evidenciar através desta pesquisa. Daí surgem os objetivos de pesquisa.



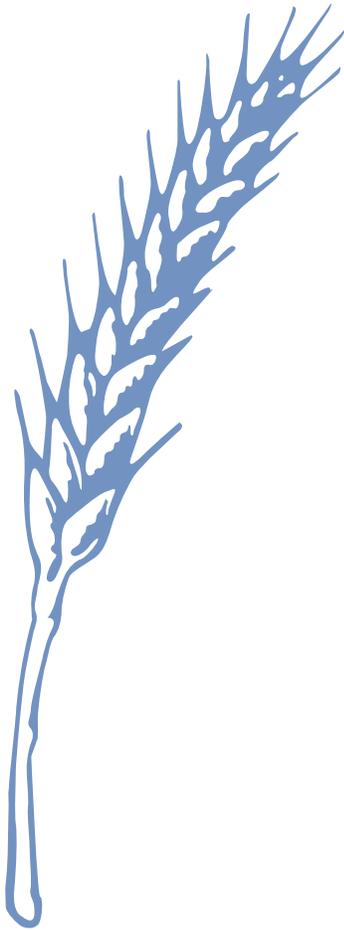
IV. OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar a formulação, negociação e aprovação da política de fortificação de farinha de trigo com ácido fólico na Costa Rica para gerar evidência para a formulação de políticas de saúde.

Objetivos específicos

1. Identificar o processo para a formulação, negociação e aprovação da política de fortificação de farinha de trigo com ácido fólico.
2. Explorar as principais condições e os fatores que influirão na formulação e aprovação da política relacionada com a fortificação de farinha de trigo com ácido fólico.
3. Reconhecer as lições aprendidas no desenho, implementação e abordagem interinstitucional e intersetorial na formulação e aprovação da política de fortificação de farinha de trigo com ácido fólico.



V. METODOLOGIA

Esta pesquisa foi realizada de acordo com a metodologia qualitativa proposta para o Observatório de Políticas de Doenças não Transmissíveis, com base no estudo de casos. Os estudos de casos são definidos como:

“descrições e análises intensivas de uma única unidade ou de um sistema delimitado, tal como um indivíduo, programa, sucesso ou grupo, ou uma intervenção ou a comunidade” (OPAS, 2005).

Como já foi indicado previamente, o caso Costa Rica responde à formulação e aprovação da política de fortificação da farinha de trigo com ácido fólico. Mediante a metodologia qualitativa de pesquisa, o objetivo foi proceder a um enfoque mais profundo e compreensivo da natureza, circunstâncias, contexto e características deste fenômeno.

Para desenvolver a pesquisa, uma equipe de nove pesquisadores, funcionários do Ministério de Saúde, Caixa Costarricense de Seguro Social e Instituto Costarricense de Pesquisa e Ensino em Nutrição e Saúde. Estes foram previamente formados em metodologia qualitativa e acompanhados por uma pessoa especialista em pesquisa qualitativa nas diferentes etapas do processo.

Fontes de informação

As fontes de informação selecionadas foram: documentos relacionados com o tema e informantes-chave. Foram escolhidas estas fontes de tal maneira que se pudesse obter dados comparáveis pela diversidade de perspectivas envolvidas. As técnicas utilizadas foram a revisão e análise documental, junto com a entrevista em profundidade com os informantes-chave.

Revisão e análise de documentos

Foram analisados documentos técnicos, planos de governo, relatórios oficiais, correspondência da época, notícias de imprensa escrita, decretos e outros documentos como artigos publicados em revistas científicas. Para a seleção dos documentos, foi utilizado o critério de especialistas. No anexo correspondente à bibliografia se indica o material consultado.

Foi elaborado um manual de instrução para a revisão e a análise documental assim como para a entrevista em profundidade com os conceitos-chaves estabelecidos no marco de referência (Anexo 1). Esses elementos facilitarão a classificação da informação obtida.

Entrevista em profundidade

Partiu-se da seguinte definição de entrevista em profundidade:

“... (consiste) no encontro cara a cara entre pesquisador(a) e informantes procurando compreender as perspectivas dos informantes em torno de suas vidas, experiências ou situações expressadas com suas próprias palavras” (Taylor e Bordan, 1998).

Como técnica qualitativa, ela não pretende ser direcionada, o objetivo não é que seja estruturada nem padronizada e, portanto, ela é basicamente aberta. Também se parte da premissa na qual o (a) próprio(a) pesquisador (a) é o instrumento da pesquisa e não é um protocolo ou formulário de entrevista. Por isso, parte do manual de instruções para entrevista orienta o encontro, mas não o determina.

Com a entrevista em profundidade, o objetivo era conhecer as diferentes perspectivas dos participantes envolvidos no processo de formulação e aprovação de política de fortificação de farinha de trigo com ácido fólico de tal maneira que se pudesse recuperar a dinâmica interna de um processo complexo que é a formulação de política pública em um caso específico.

Para esta finalidade, foi elaborado um manual de instruções para entrevista formulada com perguntas abertas, (Anexo 1) que permitiram aprofundar a temática seguindo os conceitos fundamentais do marco de referência:

- Contexto
- Ideias
- Interesses e poder
- Instituições
- Instrumentos de política
- Plano de ação da política

Tanto a revisão como as entrevistas com informantes-chave permitiram triangular a informação, o que favoreceu a garantia da validade interna da pesquisa.

As pessoas que elaboram as entrevistas foram capacitadas tanto na condução da entrevista como no acompanhamento da entrevista a partir de um papel de observador. Assim sendo, como cada entrevista foi realizada por dois pesquisadores, um deles assumiu a condução da entrevista e o outro o papel de observador, anotando num diário de pesquisa elementos relevantes e apoiando o primeiro quando a situação assim o exigia.

As entrevistas foram gravadas, com consentimento prévio da pessoa entrevistada e depois transcritas por uma pessoa capacitada para isso. As transcrições foram revisadas pelos entrevistadores e depois foram entregues aos entrevistados para que as revisassem, corrigissem ou acrescentassem o que considerassem pertinente (controle de membros). As entrevistas foram analisadas posteriormente em sua versão final. A cada entrevista, foi atribuído um código alfanumérico para garantir o anonimato dos informantes.

Antes de realizar a entrevista, todos os informantes-chave receberam informação sobre a natureza da sua participação no estudo e foi pedido seu consentimento, que ficou registrado com a assinatura que indicava a compreensão e aceitação dos termos no documento correspondente (Anexo 2). Além disso, garantiu-se o anonimato estabelecendo que qualquer relatório dos resultados seria genérico e não se atribuiria a uma pessoa, organização, projeto ou instituição determinada.

Seleção das pessoas informantes-chave

As pessoas entrevistadas ou informantes-chave foram escolhidas por seu conhecimento, experiência e trabalho com o tema da política de fortificação de farinha de trigo com ácido fólico no país. Tanto é que no início se havia pensado em utilizar como técnica de amostragem a técnica de “bola de neve”, a seleção foi feita com base no critério da equipe técnica que levou ao processo de formulação da política de fortificação da

farinha de trigo com ácido fólico, respondendo às seguintes perguntas:

1. Quem são os especialistas em fortificação da farinha de trigo?
2. Quem são as pessoas mais experientes em matéria de políticas de fortificação da farinha de trigo?
3. Quem foram, naquele momento, as pessoas que participaram no processo de formulação, negociação e aprovação desta política?

Foram selecionados 22 entrevistados, dos quais 20 aceitaram ser entrevistados:

- Duas autoridades do Ministério da Saúde da época (nível político).
- Seis técnicos do Ministério de Saúde (2 médicos, 4 nutricionistas) que participaram no processo de formulação da política ou pertenciam ao Departamento de Nutrição do Ministério da Saúde nessa época.
- Uma tecnóloga do INCIENSA que participou no desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Nutrição e no processo de formulação da política.
- Um advogado responsável do Ministério da Saúde no trâmite de instrumentos legais como decretos, regulamentos e outros instrumentos de política que participou no processo de formulação e aprovação do decreto para a fortificação da farinha de trigo com ácido fólico.
- Uma representante do Ministério de Economia que participou das negociações com os industriais e na elaboração do decreto.
- Dois representantes do Instituto de Nutrição na América Central e no Panamá (INCAP) que participaram ativamente no processo de formulação da política.
- Um representante da UNICEF que assessorou a equipe técnica do Ministério da Saúde durante essa época.
- Dois técnicos que trabalharam na Indústria Farmacêutica A e participaram no

processo de negociação da política com os industriais.

- Três pessoas que estiveram em cargos gerenciais nas indústrias de moagem no momento da formulação, negociação e aprovação da política.
- Um gerente do agrupamento de indústrias alimentícias que participou na negociação e aprovação da política.

A coordenadora da equipe de pesquisa estabeleceu o primeiro contato com os entrevistados por via telefônica. Neste primeiro contato, foi dada a eles informação sobre o estudo de caso, foi solicitado seu consentimento e foi marcado um encontro para a entrevista. A maioria das pessoas entrevistadas foram entrevistadas uma só vez; no caso de dois dos entrevistados, foram realizadas duas ou três entrevistas com cada um.

Análise de dados

Os diários de pesquisa utilizados pelos pesquisadores durante as entrevistas e revisão documental, permitiram registrar memorandos nos quais cada pesquisador anotava suas impressões, interpretações e perguntas que surgiam no processo. Assim se compreende que a análise dos dados foi feita ao longo do processo de pesquisa e não como uma fase posterior à coleta dos dados.

Além disso, a equipe de pesquisadores realizou a análise do conteúdo dos documentos e entrevistas mediante um processo de codificação aberta. Os dados foram examinados de perto, sendo descompostos mediante uma microanálise para encontrar significados contidos nas palavras utilizadas pelas pessoas entrevistadas e os dados encontrados nos documentos. A detecção indutiva sistemática dos temas e tendências dos dados foi utilizada para classificar em categorias as ideias e os conceitos que surgiam segundo suas características primárias. Por sua vez, foram detectadas as propriedades e dimensões das categorias, conforme às categorias de análise estabelecidas no marco de referência. O manual de análise (Anexo 1) previamente elaborado facilitou este processo.

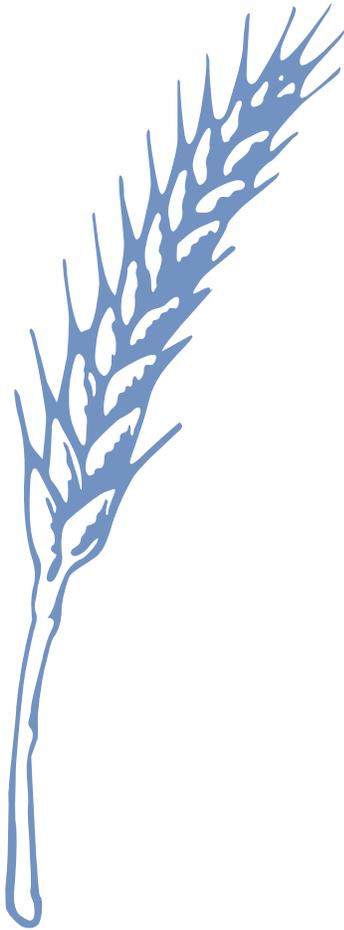
Depois, foi realizado um processo de codificação axial que permitiu estabelecer relações entre as categorias e suas subcategorias, respondendo às perguntas quando, onde, como e com que consequências.

Os significados extraídos dos dados foram interpretados dentro do contexto no qual se deu o processo de formulação da política. O objetivo foi reconhecer elementos tanto estruturais como de processo (Strauss e Corbin, 2002). Com o termo estrutura, trata-se de identificar o contexto condicional no qual surgiu a formulação da política, enquanto que com o de processo se identifica aquela sequência de ações e interações que foram ocorrendo na formulação da política a medida que o tempo passava. Esta última permitiu compreender como as categorias de análise iam se expressando ao longo das etapas de desenvolvimento da formulação da política. Com isso foi possível detectar condições e fatores que foram facilitando ou impedindo este processo.

Tal como indicam estes autores:

*“... a estrutura ou as condições estabelece o cenário, ou seja, criam as circunstâncias nas quais se situam ou emergem os problemas, assuntos, acontecimentos ou sucessos pertencentes a um fenômeno. O processo, por sua vez, denota a ação/interação, no tempo, das pessoas, organizações e comunidades, em resposta a certos problemas e assuntos. Combinar a estrutura com os processos ajuda o analista a captar algo da complexidade que é uma parte tão importante da vida (...) Se somente a **estrutura** é estudada, é possível aprender o **por quê**, mas não **como** ocorrem certos acontecimentos. Se somente o **processo** é estudado, compreende-se como **agem** ou **interagem** as pessoas, mas não o **por quê**. Para captar a dinâmica e a natureza evolutiva dos acontecimentos, é preciso estudar tanto a estrutura quanto o processo”. (Strauss e Corbin, 2002, pág. 139)*

A seguir são apresentados os resultados encontrados seguindo a lógica antes indicada de mostrar como se articula o contexto (condição estrutural) com o processo de interação entre diversos atores sociais para conseguir a formulação da política.



VI. ANÁLISE DE RESULTADOS

Contexto no qual surge a política

Para compreender o processo de formulação, negociação e aprovação da política de fortificação de farinha de trigo com ácido fólico, é necessário analisar o cenário e as circunstâncias nas quais este processo foi possível. Com isso, o objetivo é contextualizar ou localizar este fenômeno dentro de uma estrutura de condições que marcaram as ações e interações de diferentes atores sociais dando características particulares a este processo de formulação da política (Strauss e Corbin, 2002). Este processo de formulação, negociação e aprovação da política de fortificação da farinha de trigo com ácido fólico se desenvolveu no ano 1997; contextualizá-lo requer situá-lo dentro do momento histórico em que se encontrava o país.

Modelo econômico e segurança alimentar⁸

A década dos anos oitenta e o início dos anos noventa se caracterizaram na Costa Rica por complexas transformações nos âmbitos econômico, social e político. Há uma passagem de uma economia regulada pelo Estado para uma economia aberta para o livre comércio. Em termos de segurança alimentar, nos anos 70 e início dos anos 80, as políticas nacionais se sustentavam na disponibilidade de alimentos através do autoabastecimento nacional de produtos básicos. Portanto, as políticas internas se encaminhavam para a regulação estatal de preços, subsídio de produtos nacionais, direitos e licenças de importações e exportações. Com isso, a meta era conseguir uma autosuficiência alimentar oportuna e estabelecer um modelo de desenvolvimento voltado para dentro sustentado por medidas protecionistas (Governo da Costa Rica, 1997).

No início dos anos oitenta, o país afundou numa crise econômica na qual ocorreu uma deterioração importante dos indicadores

⁸ Segurança alimentar “é o estado em que todas as pessoas gozam de forma oportuna e permanente de acesso aos alimentos que necessitam, em quantidade e qualidade para seu consumo adequado e utilização biológica” (INCAP/OPAS, definição do Governo da Costa Rica, 1997).

macroeconômicos. Tornou-se evidente o esgotamento do Modelo de Substituição de Importações (MSI) em vigor no país desde o final dos anos cinquenta. A esta crise sucedeu um período de estabilização durante o qual foram tomadas medidas para a redução dos desequilíbrios tanto fiscal quanto comercial e se procurou controlar a inflação. Os gastos do governo diminuíram e o custo de vida encareceu devido aos aumentos de preço dos serviços públicos, o aumento dos impostos e políticas de austeridade salarial.

Para estabilizar a balança de pagamentos, ajustou-se o tipo de câmbio do dólar e as exportações foram estimuladas. O Modelo de Substituição de Exportações foi substituído pelo Modelo de Promoção de Exportações (MPE). Este foi seguido por um processo de transformação estrutural que vai desde a segunda metade dos anos 80 até o início dos anos 90. Esta transformação foi motivada não só pelo esgotamento do MSI, mas também por pressões de organismos financeiros internacionais, especialmente o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM) que pediam maior abertura externa e participação ampla para o setor privado (Villasuso, 1998).

No final dos anos 80 e na década de 90, as mudanças se consolidam ainda mais para um modelo de desenvolvimento externo. O processo de abertura comercial iniciado em 1985 com os programas de ajuste estrutural (PAE I e PAE II) e a adesão da Costa Rica ao GATT em 1990, a promulgação da Lei de Concorrência e Defesa Efetiva do Consumidor em 1994 e a reestruturação do Estado durante a década dos anos 90, significam uma mudança substancial que influencia os mecanismos de intervenção do Estado no mercado nacional de produtos básicos.

A transformação estrutural se manifesta em diferentes dimensões. Do ponto de vista econômico, se parte da premissa que o comércio internacional deve ser o motor do desenvolvimento, o que exige a competitividade dos países nos mercados externos conforme as regras do livre comércio. Isso implica a eliminação das distorções provocadas pela ingerência do Estado nos mercados, o que têm impacto nas barreiras protecionistas impostas que permitiam

restringir as importações com a finalidade de proteger a produção local. Por sua vez, surgem blocos econômicos que buscam fortalecer atores comerciais em cada região e que se agrupam em torno de processos de negociação e acordos no interior dos blocos onde se estabelece a natureza, os volumes e a direção dos fluxos de comércio.

Surge então a competitividade como um novo valor que implica o necessário ajuste do setor público e do setor privado. O Estado deve assumir um papel facilitador da produção, do mercado e a agroindústria deixa para trás seu papel interventor. As políticas nacionais e internacionais estão sujeitas às tendências da economia mundial.

No caso da indústria da farinha, que é a que interessa neste caso particular, até o final dos anos 60, a Costa Rica importava farinha de trigo dos Estados Unidos. Com o desenvolvimento do modelo de substituição de importações, surge em 1967 a primeira indústria nacional processadora do trigo (Moinho 1) nos termos da Lei de Desenvolvimento Industrial. Este moinho permaneceu um monopólio por mais de uma década e o abastecimento do trigo é concentrado e regulado pelo Estado através do Conselho Nacional de Produção (CNP). Com o processo de liberalização da economia nacional, surge o segundo moinho (Moinho 2) em 1979 e, pela primeira vez, é quebrado o monopólio da produção de farinha de trigo no país. O CNP perde o controle da importação de trigo e desaparecem as barreiras de importação e de controle de preços sobre o trigo e o pão.

Foi assim em 1997, tal como descrito por um dos entrevistados:

“O país havia atravessado um processo de abertura e liberalização de antigas barreiras ao livre comércio. No caso dos moinhos de trigo, havia ocorrido um processo de privatização da importação de trigos no país (...) O controle de preços das farinhas de trigo e dos pães e seus derivados havia sido abolido. Era um processo no qual havia muita concorrência entre os moinhos, porque o moinho grande (Moinho 1), que havia sido o monopólio aqui, estava pela primeira vez concorrendo contra um moinho pequeno, que era o Moinho 2” (INFI 9).

Reforma do Estado, Reforma do Setor da Saúde

A crise econômica dos anos oitenta e as políticas de estabilização macroeconômica que são iniciadas nessa época, também questiona a sustentabilidade do Estado Social Costarricense, o que revela uma preocupação pela eficiência e eficácia do gasto público em saúde. Daí, os processos de reestruturação do Estado foram implicando diretamente a maioria das instituições de bem-estar e assistência social do país.

No caso da saúde, o Projeto de Reforma do Setor Saúde é aprovado e sua execução é iniciada em 1994, com o apoio de organismos internacionais como o BID e o Banco Mundial. Para a Costa Rica, a reforma envolveu grandes transformações institucionais que pretendiam gerar uma maior eficiência, entre elas, delimitar as funções institucionais de prestação dos serviços públicos de saúde e de gestão por parte do Estado. Isso implicou a reestruturação de instituições como a Caixa Costarricense de Seguro Social (CCSS), instituição para a qual são transferidos funções e recursos humanos assumidos pelo Ministério da Saúde, tais como as ações de promoção da saúde e prevenção da doença. Enquanto que ao Ministério de Saúde é atribuído o papel exclusivo da gestão do Setor da Saúde⁹

Guendel (1997) resume esta situação da seguinte maneira:

“O Projeto de Reforma do Setor da Saúde tem orientado a discussão para os instrumentos de reforma e propôs uma imagem objetiva do sistema público de saúde baseado em três aspectos: 1. O desenvolvimento de um modelo integral de atenção que combina uma atenção médica ambulatorial e hospitalar de qualidade, ações preventivas e participação da comunidade no autocuidado da saúde. 2. O fortalecimento do papel diretor e regulador do Estado mediante a formulação de políticas coerentes e articuladoras

⁹ Segundo Miranda (1997, Pág. 161 - 62) a gestão do Ministério da Saúde se entende como “a capacidade para que todas as entidades técnicas e sociais do sistema de saúde, que têm a responsabilidade da prestação de serviços as produza coordenadamente, sujeitas à normas de qualidade e custos, como partes integradas e executoras das políticas de saúde, ditadas pelo Ministério Diretor e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde”.

do sistema nacional de saúde. 3. Um modelo de alocação de recursos que separa o financiamento da produção de serviços, permitindo um enfoque racionalizador da gestão” (Guendel, 1997, página. 114).

Entretanto, uma das deficiências observadas nesse momento por este mesmo autor é a ausência de investimento financeiro forte para o Ministério da Saúde, o que questiona sua capacidade política para assumir uma liderança forte e poder exercer a pressão exigida pela gestão do setor.

Situação econômica do país em 1996

Se nos situarmos no momento em que se formula a política a ser avaliada, vemos que no Terceiro Relatório do Estado da Nação de 1996 (Projeto Estado da Nação, 1997), correspondente a essa época, está registrado que a recessão econômica e a transição para uma economia mais aberta e menos regulada, teve efeitos excludentes para importantes setores da população. Afetando especialmente as zonas rurais e as mulheres, o que tendia a ampliar as falhas na equidade de caráter estrutural no país. Nesse relatório ficou estabelecido que a base econômica nacional não apresentava condições sustentáveis para a redução da pobreza.

Há indicação de que o ano 1996 foi um dos piores anos na economia do país desde a crise de 1980-82. A produção tanto global como per capita havia diminuído em termos reais pela primeira vez em 15 anos e se observava uma deterioração no âmbito do trabalho (aumento do desemprego aberto, e o subemprego visível e invisível, a taxa de subutilização da força de trabalho alcançou quase 14%).

A perda de dinamismo da economia corresponde ao aumento da pobreza. Há registro nesse relatório de uma diminuição no poder aquisitivo dos grupos de classe média e baixa. A pobreza, que vinha experimentando uma leve redução nos anos anteriores, reverteu essa tendência e começou a aumentar entre 1994 e 1996. Os pobres do campo e as famílias que viviam em condições de pobreza extrema, mostravam mais dificuldades que o resto para superar essa

situação. Havia importantes desigualdades entre a população urbana e rural, entre a região central e o resto das regiões. As piores condições de vida do país ocorriam em regiões perto das costas ou das fronteiras e naquelas mais dependentes da produção agrícola para o mercado interno, em particular, de grãos básicos como milho e feijão. A isso se acrescentam desastres naturais como o furacão Cesar que provocou perdas milionárias desfavorecendo novamente às pessoas mais pobres do país e gerando novas pressões para que o governo sanasse os danos.

Segundo dados da Departamento Geral de Estatística e Recenseamento, em 1995, as famílias que viviam em situação de pobreza representavam 20,4% do total da população do país¹⁰, esta cifra passou para 21,6% em 1996. Segundo os dados da Pesquisa de Famílias do ano 1996, 141 477 famílias tinham renda inferior ao necessário para adquirir a Cesta Básica de Alimentos (CBA)¹¹, o que significa que 13 551 famílias foram somadas aos grupos mais pobres do país (DGEC, 1996, dados do Governo, 1997).

Por outro lado, uma política monetária e fiscal restritiva reduziu os investimentos do setor público. O investimento privado foi estancado e as importações cresceram de forma modesta, as exportações reduziram suas taxas de crescimento muito abaixo das médias dos anos anteriores. Tudo isso no contexto de uma economia que se mostrava cada dia mais aberta aos mercados internacionais.

Situação da saúde¹² em 1996

Para 1996, a esperança de vida ao nascer foi calculada em 76,3 - mulheres 79,2 e homens 74,5 anos. A taxa geral de mortalidade relatada nesse ano foi de 4,1 por mil habitantes e a taxa de mortalidade infantil foi de 11,8 por mil nascidos

¹⁰ A estimativa da população para Costa Rica em 1996 foi de 3 202 440 pessoas, das quais 50,1% ou seja 1 604 305 correspondiam ao sexo masculino e 49,9% ou seja 1 598 135 para o sexo feminino (Projeto Estado da Nação, 1997).

¹¹ A CBA se define como "o conjunto de alimentos expresso em quantidades suficientes para satisfazer, pelo menos, as necessidades de calorias (energia), de uma família de uma população de referência" (INCAP/OPAS, 1992, dados do Governo, 1997).

¹² Ministério da Saúde, 2000.

vivos; esta última taxa mostrava uma tendência descendente sistemática desde 1986, cuja taxa nesse momento era de 17,8 por mil nascidos vivos. As quatro principais causas de mortalidade infantil de 1991 a 1997 foram:

1. Certas afecções no período pré-natal.
2. Má-formação congênita.
3. Doenças do aparelho respiratório e cardiovasculares.
4. Doenças infecciosas e parasitárias.

Dentro do período 1990 a 1997, o comportamento da mortalidade pelos cinco primeiros grupos de causas havia sido similar: a mortalidade por doenças do aparelho circulatório ocupava o primeiro lugar, com uma taxa de 11,1 por mil habitantes e a segunda por tumores com uma taxa de 7,8.

Evolução da situação nutricional da população

Antes de 1996, foram realizadas quatro pesquisas nacionais de nutrição (1966, 1975, 1979, 1982) que permitiram observar a evolução nutricional da população, especialmente materno infantil. Segundo dados destas pesquisas, ocorreu no país uma evolução significativa no estado nutricional da população. Em 1966, o perfil nutricional da população costarricense correspondia às características próprias de países do terceiro mundo. Os problemas se manifestavam devido à desnutrição energético-proteica, hipovitaminose A, bócio endêmico e anemia ferropênica. No ano de 1966, a população de menos de seis anos apresentava um quadro de 57,4% de desnutrição e de 13,7% de desnutrição moderada ou severa. Este problema foi melhorando a partir de políticas de saúde incentivadas, como o fortalecimento do Programa Nacional de Nutrição, o impulso da estratégia de atenção primária em saúde e programas de bem-estar social dirigidos a grupos sociais de recursos econômicos escassos. A melhoria da qualidade de vida da população também contribuiu para a mudança. Já em 1982, houve uma redução significativa na porcentagem de desnutrição na população escolar (30,9%).

Também foram realizados cinco recenseamentos de grande envergadura com alunos de primeiro ano (entre 1979 e 1989) e os dados comparativos revelavam que a porcentagem de meninos e meninas com grande retardo havia diminuído de 20,4% em 1979, 9,3% em 1989 (Ministério da Saúde, 1995).

O problema de desnutrição vai diminuindo e o de excesso de peso começa a surgir como um novo problema em ascensão tanto na população infantil como adulta, especialmente feminina, o que marca uma transformação do perfil nutricional da população mais similar aos países desenvolvidos. Com isso, um aumento das probabilidades de aumento na morbidade devido a doenças associadas, como hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias e acidentes vasculares cerebrais, entre outros (MIDEPLAN, Panorama Nacional, 1996, dados do Governo, 1997)

Com relação aos micronutrientes, o país apresenta deficiências de vários micronutrientes, os principais são ferro, iodo, vitamina A e flúor nas diferentes pesquisas. A anemia de origem nutricional se identifica como problema desde 1966 e corresponde a deficiências em ferro em primeiro lugar e, em menor escala, a carências de ácido fólico. As medidas adotadas para a redução deste problema foram a suplementação diária de ferro para mulheres gestantes e para meninos e meninas com menos de um ano, como foi feito para a fortificação da farinha de trigo com ferro e outras vitaminas.

Por sua vez, a prevalência de bócio endêmico por deficiência de iodo era de 18% em 1969, e graças à iodação do sal, essa taxa baixa para 3,5% em 1979. A deficiência em retinol (vitamina A) também se detecta como problema de saúde pública em 1966, afetando 32,5% dos meninos e meninas pré-escolares com valores séricos de retinol baixos e deficientes. Para 1979, esta porcentagem de prevalência diminui para 2,3% e em 1981 baixou para 1,8%, graças ao enriquecimento do açúcar com vitamina A, a partir de 1974, e a distribuição de leite integral a 30% da população pré-escolar. Entretanto, esta medida foi suspensa em 1980, resultando no ressurgimento dos problemas com a vitamina A na população. Por sua vez, o problema de cáries por falta de flúor foi enfrentado com a fluoreação do sal desde 1983, dando resultados favoráveis.

Por outro lado, desde a administração do governo da época (1994-1998), já existia a preocupação com o problema de anemia no país. Como também havia uma preocupação especial em reduzir o nível de pobreza.

A Política Nacional de Saúde do período 1994-1998 estabelecia para a Área Social:

“Atender à população econômica e socialmente mais vulnerável, em particular as crianças, os adolescentes, a terceira idade, indígenas e deficientes, visando garantir a igualdade real de oportunidades” (Ministério da Saúde, 1995, pág.38).

Durante essa administração, são desenvolvidos três instrumentos de política fundamentais que favoreceram a inclusão na agenda dos problemas nutricionais. São eles:

- Declaração para a elaboração e execução de um Plano Agro-Alimentar e Nutricional, firmado pelo governo da Costa Rica no Dia Mundial da Alimentação, outubro de 1994.
- Plano Nacional de Combate à Pobreza, novembro de 1994.
- Plano Nacional da Saúde, no qual se define a atenção a ser dada ao problema de anemias como prioridade para a saúde.

Seguindo essas diretrizes e as necessidades de saúde do país, o Ministério da Saúde estabeleceu ações para tratar dos problemas nutricionais e para as anemias ferropênicas, já que essas eram uma prioridade em matéria de saúde, segundo havia sido evidenciado nos seguintes documentos:

- Relatório Anual de 1995 do Ministério da Saúde: apresenta como ação estratégica dentro da Política Nacional da Saúde 1994-1998 *“Promover a segurança alimentar nutricional e a nutrição preventiva”*¹³, para atender problemas neste campo; já que havia sido identificado que 35% das crianças examinadas na consulta de crescimento e desenvolvimento e as mães grávidas tinham anemia por deficiência de ferro.

¹³ Idem, pág.41

- O estudo comparativo do estado nutricional de pré-escolares atendidos pelo Programa de Atenção Primária na Costa Rica nos anos 1994 e 1995, que mostrou um aumento na desnutrição moderada de 2,01 a 2,65%, e na desnutrição leve de 16,1 a 19,6%, observando-se uma leve deterioração nutricional da população menor de seis anos atendida pelo Programa de Atenção Primária (Ministério da Saúde, 1997, pág. 3)
- Os resultados da Pesquisa Nacional de Nutrição 1996 foram um insumo importante para orientar as políticas, planos e programas relacionados com o campo alimentar nutricional, já que permitiram identificar problemas nutricionais como foi indicado anteriormente.

Esses estudos favoreceram a criação de condições para que se incluísse na agenda o problema específico da anemia. Mais tarde, seria enfocado o problema de má-formação congênita como parte dos problemas de saúde associados à deficiência de ácido fólico.

Reconhecimento do problema e inclusão na agenda

Diante do panorama antes indicado surgiu a urgência de realizar uma quinta pesquisa nacional de nutrição que indicasse a evolução dos problemas nutricionais no país com dados mais atualizados.

Os resultados da pesquisa mostram como, entre 1982 e 1996, a desnutrição - tanto moderada quanto severa - diminuiu, a qual passa de 6,3% a 5,1%. A desnutrição leve baixou de 24,6% a 17,3% para o mesmo período. Em pré-escolares, uma diminuição ampla do retardo, moderado e severo (passou de 7,6% em 1982 a 6,1% em 1996) o retardo leve baixou de 21,7% a 15,3%.

A desnutrição energético-protéica deixa então de ser percebida como um problema de saúde pública; entretanto não ocorre o mesmo com os micronutrientes, cujas deficiências são conhecidas como “fome oculta” pois as manifestações de ditas deficiências em geral não podem ser observadas de forma superficial.

A pesquisa de 1996 revela que a deficiência de iodo e flúor deixam de ser problemas nutricionais da população, o que permitiu alcançar a meta fixada para o ano 2000. Isso não ocorreu com outros micronutrientes que apresentam deficiência alta, como a deficiência de vitamina A, que novamente se apresenta como problema de saúde. Também ficou provado que as anemias nutricionais continuavam representando um problema moderado de saúde pública com uma prevalência de 27,9% em mulheres gestantes, 26,0% em pré-escolares e 18,9% em mulheres em idade fértil. A principal causa disso era a deficiência de ferro¹⁴ (44,6% das mulheres gestantes e 24,2% dos pré-escolares tinham as reservas esgotadas), seguida pela deficiência de folatos, cuja prevalência de deficiência nas mulheres em idade fértil foi de 24,7% e de 11,4% nos pré-escolares.

Os problemas de ferro persistem, obtendo-se uma prevalência de anemia ferropênica constantemente alta desde 1966. Este problema tem sido maior na zona rural onde se observa até 32,7% de prevalência, em vez de 16,6% na zona urbana do país, sem fazer diferença por sexo (Ministério da Saúde, 1997^a).

A deficiência de folatos não está associada somente a problemas de anemia, como se sabe o ácido fólico é um nutriente indispensável para o desenvolvimento do tubo neural da criança durante sua etapa embrionária. Entretanto, no momento de apresentar os resultados da pesquisa, esse micronutriente estava associado exclusivamente ao problema da anemia.

O que precede é uma manifestação de que grandes setores da população consomem dietas deficientes tanto em quantidade como em

¹⁴ O ferro é um componente indispensável para a formação dos glóbulos vermelhos do sangue, que têm como função essencial transportar o oxigênio a todo o organismo. Dentro das anemias nutricionais, as mais importantes são as produzidas pela deficiência de ferro e ácido fólico na dieta das pessoas, constituindo, em nível mundial, um importante problema de saúde pública, por sua magnitude e transcendência no desenvolvimento econômico e social dos países. A anemia se define como a diminuição dos níveis de hemoglobina no sangue, este varia segundo a idade e o sexo, e os grupos mais vulneráveis para ter anemia são as mulheres grávidas, os menores de 6 anos e as mulheres em idade fértil (15 a 44 anos) por ter maiores necessidades de ferro e outros micronutrientes. Por exemplo, mulheres em idade fértil, perdem uma quantidade de sangue todos os meses com a menstruação. (Comunicado de imprensa, vice-ministro da saúde, 27/5/1997)

qualidade e nos termos de um dos informantes os padrões alimentares são cada vez mais pobres, monótonos e escassos em micronutrientes:

“... a dieta do costarriquenho através das pesquisas se torna cada vez mais monótona, não havia tanta variedade como há alguns anos em que a situação era um pouco melhor, quando todo mundo podia comer arroz e feijão¹⁵ (...) há menos consumo de alimentos de origem animal, pois são mais caros e o consumo de legumes e grãos também baixou. Então, é necessário incorporar micronutrientes para que a população possa ter acesso a eles” (INFO1).

A partir dos resultados da pesquisa de 96, os técnicos responsáveis, se pronunciaram da seguinte maneira:

“É recomendado, portanto, revisar, reajustar, desenvolver e fortalecer, em curto prazo, estratégias que reduzem a prevalência de anemias nutricionais, hipovitaminose A e que aumentam a cobertura e otimização dos programas existentes em micronutrientes” (Ministério da Saúde, 1996, pág. 6).

Proposta de solução

A resposta ou solução ao problema de déficit de ácido fólico foi inserida no âmbito das estratégias desenvolvidas décadas atrás pelo Departamento de Nutrição do Ministério da Saúde. A fortificação de alimentos era uma medida conhecida e provada, como se mostrará a seguir.

A experiência de fortificação de alimentos no país

A preocupação de fortificar alimentos como medida de saúde pública, como já foi indicado, não era nova no país. Já desde os anos quarenta, se havia considerado a fortificação do sal como uma medida necessária e urgente para reduzir a patologia tiroideiana detectada nos estudos clínicos. Nessa época, o problema do bócio endêmico já havia sido identificado como um problema de saúde pública. Assim sendo, foi retomada a experiência desenvolvida em outros países do

primeiro mundo nesse sentido, como uma iniciativa que podia ser implementada no país. Por sua vez, pesquisas regionais desenvolvidas pelo INCAP e os Ministérios da Saúde dos países da América Central e do Panamá nos anos 50, detectaram o problema das anemias como um problema nutricional generalizado na região. A partir daí, surge em nosso país a iniciativa de emitir em 1958 o primeiro decreto para a fortificação da farinha de trigo com ferro, cálcio, tiamina, niacina e riboflavina.

Entretanto, os resultados destas primeiras iniciativas não tiveram o impacto esperado porque também não se conseguiu garantir a fortificação desejada nem a cobertura requerida. Foi necessário que ocorresse uma série de condições que permitissem unir tanto a vontade política quanto a capacidade institucional, desenvolvimento da tecnologia industrial, sensibilidade social e concertação social para tornar efetivas as políticas de fortificação.

A Pesquisa Nacional de Nutrição em 1966 permitiu medir os níveis baixos de uma série de nutrientes e a partir daí as ações de fortificação se fizeram mais sistemáticas. Entretanto, foi só em 1972 que a política pioneira de iodação do sal se tornou viável e conseguiu reduzir a incidência do bócio até deixar de constituir um problema de saúde pública. Dessa forma, as políticas sociais, de saúde e o desenvolvimento cooperativo das indústrias salineiras são favorecidos. Por outro lado, em 1974, o decreto de fortificação do açúcar com vitamina A é promulgado. Como foi indicado por uma das pessoas entrevistadas “foi o primeiro país no mundo que fortificou o açúcar com vitamina A” (INF13). Por sua vez se desenvolve um programa de fluoretação da água para reduzir a incidência de cáries na população. Entretanto, esta medida é abandonada em 1980 por falta de recursos econômicos e os problemas de cobertura em zonas rurais.

É na década de 70 que foram estabelecidas as bases que permitiram a adoção da fortificação de alimentos a partir de uma concepção integral e preventiva da saúde pública. Essa medida responde a uma preocupação especial de enfrentar os problemas de insuficiência e desigualdade que afetavam a população e que se manifestavam como problemas de saúde. A partir daí foram elaborados

¹⁵ Comida tradicional

os programas preventivos de atenção primária à saúde e se apostou na universalização dos serviços de saúde, o que aumentou o acesso da população à atenção à saúde. As zonas rurais e urbano-marginais receberam especial atenção e iniciaram os programas de distribuição de alimentos e atenção nutricional. Assim sendo, houve um ambiente favorável para incorporar as carências de micronutrientes dentro das políticas sociais de tipo universalista, visando melhorar as condições de vida e saúde da população.

A fortificação de alimentos é introduzida então nos programas de nutrição como área de trabalho. No Plano Nacional de Alimentação e Nutrição 1974-1980 estava sendo considerado um programa de enriquecimento de alimentos com três sub-programas:

- a. A iodação do sal para consumo humano para reduzir o bócio endêmico
- b. A fortificação do açúcar com vitamina A para reduzir a hipovitaminose A em grupos vulneráveis
- c. O enriquecimento da farinha de trigo com sal ferroso para diminuir a prevalência de anemia ferropriva

A escolha do alimento que seria o veículo para levar o micronutriente foi feita com base em estudos do consumo nacional. Foi escolhido um alimento seguro, prático no sentido da fortificação, econômico, de uso universal, barato e inócuo para a população.

Por sua vez, o papel do Estado e a legislação protecionista naquela década foi fundamental para criar condições para organização da indústria nacional, seu fortalecimento e desenvolvimento tecnológico com o apoio financeiro, o que permitiu melhorar a produção e a regulação da qualidade dos alimentos produzidos. Isso favoreceu e tornou viáveis as políticas de fortificação de alimentos, tal como o indica a experiência de iodação do sal¹⁶.

Nos anos oitenta, como já foi explicado, ocorreram importantes transformações econômicas, sociais e políticas. Entretanto, as

políticas de fortificação não são abandonadas, encontram um novo cenário onde o desenvolvimento industrial e a qualidade dos produtos têm um valor importante frente à concorrência e o livre mercado. É interessante salientar que no início dos anos oitenta, ao ser suspensa a fluoração da água, o Congresso Nacional de Odontologistas recomendou a fluoração do sal. Assim sendo, em 1987, este programa foi iniciado com o apoio da Fundação Kellogs, que contribuiu para a introdução de novos procedimentos tecnológicos para fortificar o sal com iodo e flúor.

Nessa década, controles mais sistemáticos são implantados, o desenvolvimento tecnológico permite contar com métodos mais efetivos de fortificação e estabelecer normas mais claras e estritas em torno da qualidade físico-química dos alimentos e os procedimentos de fortificação. Aqui o Estado vem responder aos requisitos de regulação da importação de alimentos que não atendem aos padrões estabelecidos para a fortificação.

Nos anos 90, surge uma nova legislação que responde aos processos de liberalização econômica, e com isso foram eliminadas as licenças, recomendações e autorizações que o Estado deve dar para realizar importações¹⁷, da mesma forma que os trâmites e regulamentações sobre a atividade econômica¹⁸. Entretanto, isso não debilita necessariamente as políticas de fortificação de alimentos, pois as mesmas se tornam matéria de regulamentação do Estado - válidas e justificadas.

Por sua vez, os fóruns mundiais e os compromissos que os governos assumem junto aos mesmos se tornam nos anos noventa uma nova força de impulso para a estratégia de fortificação de alimentos, como se verá a seguir.

A influência dos fóruns internacionais

Nas Conferências Internacionais de Nutrição

¹⁷ Lei # 7473 de Execução dos Acordos da Rodada Uruguai de Negociações Comerciais Multilaterais, 1994. Citado por Castro, 1997.

¹⁸ Lei # 7472 de Promoção da Concorrência e Defesa Efetiva do Consumidor, 1995. Citado por Castro, 1997.

¹⁶ Castro, C. 1997

realizadas em Roma em 1992 e 1996, foi retomado o assunto da preocupação em garantir à população uma alimentação adequada e inócua¹⁹ e os países participantes se comprometeram a fazer todos os esforços possíveis para:

“eliminar ou reduzir consideravelmente antes do próximo milênio os seguintes problemas: mortes por inanição e grande fome; fome crônica generalizada; subnutrição, especialmente entre crianças, mulheres e idosos; carência de micronutrientes, especialmente ferro, iodo e vitamina A; doenças transmissíveis e não transmissíveis relacionadas com o regime de alimentação”²⁰.

Na 6ª Conferência de Esposas de Chefes de Estado e de Governo das Américas, realizada na Cidade de La Paz em 1996, com o propósito de analisar “Os Direitos da Mulher e da Infância no Marco do Desenvolvimento Humano Sustentável”²¹, eles se comprometeram a incentivar e apoiar a implementação do projeto regional destinado a reduzir a desnutrição por deficiência de micronutrientes no hemisfério, em consideração aos altos índices de anemia e suas graves consequências para a infância e a mulher.

Em síntese, uma série de compromissos internacionais e nacionais é realizada:

- Cúpula Mundial em Favor da Infância. Nova York, 1990
- Conferência sobre Malnutrição e Carência de Micronutrientes, Montreal, 1991
- Cúpula de Presidentes do Istmo Centro-Americano sobre Desenvolvimento Humano, Infância e Juventude. Tegucigalpa, 1991.
- Conferência Internacional sobre Nutrição. Roma, 1992
- XLIII e XLIV Reuniões do Conselho do

¹⁹ Cúpula Mundial sobre a Alimentação (13-17 de novembro de 1996)

²⁰ Conferência Internacional sobre Nutrição uma reafirmação do compromisso da FAO de melhorar a nutrição 1992

²¹ DECLARAÇÃO DA PAZ - 6ª Conferência de Esposas de Chefes de Estado e de Governo das Américas, Bolívia. 1996

INCAP, COMISCA. San José, 1993

- Resolução XX sobre Iniciativa de Segurança Alimentar e Nutricional na XIV Cúpula de Presidentes. Guatemala, 1993.
- Cúpula Mundial de Alimentos. Roma, 1996.

As Conferências internacionais dão diretrizes e estabelecem compromissos para os países que desejam fortalecer as políticas nutricionais. Assim sendo, na Costa Rica, a intenção de formular políticas nutricionais a partir de um enfoque intersetorial, ocorre a partir da década dos anos 70²², as conferências mundiais são um grande incentivo para isso. Na Conferência Internacional de Nutrição (CIN), realizada em Roma em dezembro de 1992, a Costa Rica se compromete a intensificar, a curto e médio prazo, os estudos destinados a determinar a magnitude e características dos problemas relacionados com os micronutrientes, de modo a facilitar a estrutura de ações futuras, o que foi cumprido com a Pesquisa Nacional de Nutrição de 1996.

Com as conferências internacionais acima indicadas, na Costa Rica surge uma preocupação especial em estabelecer um plano intersetorial com objetivos mensuráveis, que são acompanhados e avaliados. Os anos 90 constituem então uma década na qual se fazem esforços para fortalecer e organizar ações intersetoriais e interinstitucionais para garantir a segurança alimentar nutricional do país.

Processo de negociação da política

O processo de formulação e negociação da política de fortificação da farinha de trigo com ácido fólico seguiu um curso lógico no qual cada etapa foi gerando condições para que ocorressem as etapas seguintes. De acordo com vários entrevistados, foi um processo que fluiu com facilidade. O objetivo foi recuperar de forma

²² Isso se expressa com a criação da Secretaria da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (SEPAN) como um órgão registrado junto ao Gabinete do Ministro da Saúde, o qual se estabelece por lei em 1973 (Lei Orgânica do Ministério da Saúde) e entre suas funções está a formulação da política nacional de alimentação e coordenação de ações no campo alimentar nutricional.

sequencial o processo e como se foi construindo o consenso para chegar até a aprovação do decreto.

Não se estabelece uma lógica de causa e efeito por ser demasiado simples para explicar um processo complexo como este, então se tenta no presente definir os múltiplos fatores que operaram de forma combinada para criar condições que facilitaram ou impediram este processo. Foi de especial interesse destacar aquelas ações e interações entre os atores sociais que caracterizaram o processo e lhe deram dinamismo, gerando novas condições. Por isso, aqui se deseja retomar o processo a partir da perspectiva e palavras dos diferentes participantes envolvidos.

Primeira etapa: Estabelecimento de uma base de provas científicas e alianças estratégicas

A Pesquisa Nacional de Nutrição (1996) permitiu contar com um diagnóstico atualizado dos problemas nutricionais, conhecer sua magnitude e tendências ao longo do tempo. O esforço de vigilância nutricional realizado pelo Departamento de Nutrição do Ministério da Saúde durante décadas, permitia sustentar a política a seguir. Nesse momento, a equipe técnica da Vigilância Nutricional, formada por um médico e dois nutricionistas, se tornou o grupo que liderou tanto esta etapa como as subsequentes.

Entretanto, é importante destacar como significativo o período de 14 anos sem pesquisa nacional de nutrição, que indica que nas administrações dos governos anteriores a vigilância nutricional não havia recebido apoio suficiente para desenvolver o monitoramento nacional requerido. Nas palavras de uma das pessoas entrevistadas:

“... é incrível, porque elas não são tão caras (as pesquisas), porque tem dinheiro para outras coisas, então é preciso sensibilizar os políticos para que destinem fundos para estas coisas tão importantes em matéria de saúde pública”. “... precisamente uma pesquisa nacional de nutrição é para ver como se re-orientam políticas e programas para melhorar as deficiências encontradas” (INF15).

Daí a importância de compreender como foram variando as condições para tornar efetivo em 1996 o desenvolvimento da pesquisa.

Segundo correspondência da Seção de Vigilância Nutricional do Ministério da Saúde com outras agências e instituições, a Comissão Nacional da Pesquisa de Nutrição foi coordenada por esta seção e contou com o apoio da Diretora Geral de Saúde do Ministério da Saúde e a participação do INCIENSA. O respaldo político das autoridades de saúde se expressa com a alocação de recursos, que em administrações anteriores não havia ocorrido, já que o financiamento das outras pesquisas vinha sempre do exterior. Levou todo o ano de 1995 para conseguir obter os recursos e estabelecer toda a logística necessária para desenvolver a pesquisa em 1996.

Esta pesquisa implicou grandes esforços de coordenação entre diferentes instituições e instâncias dentro do Ministério da Saúde e fora do mesmo²³. Em nível internacional, o apoio técnico do INCAP foi fundamental, se conseguiu também apoio financeiro da OPAS e da União Europeia. Por sua vez, a Indústria Farmacêutica A participou fornecendo os reagentes para a análise de laboratório exigidos pela pesquisa.

A organização e o desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Nutrição se constituíram em uma experiência favorável ao desenvolvimento de capacidades técnicas, e em torno disso foram feitas novas Alianças. Nesse sentido, cabe destacar a aliança com o INCIENSA.

“... o INCIENSA tem suas metas e suas prioridades - neste campo coincidem precisamente com o Ministério - e tem um laboratório, que realiza o que o Ministério precisa, então eu creio que foi um trabalho conjunto para e pelos que mais precisam (...) o pessoal que dirige isso no

²³ De acordo com a correspondência da época (1995-1997) do Ministério da Saúde participaram no processo da pesquisa, o Departamento Geral de Saúde, o Departamento de Nutrição, Seção de Vigilância Nutricional, a Diretoria de Laboratórios de Saúde, Serviços Médicos, Departamento de Odontologia. Da INCIENSA, o Departamento Científico, a Unidade Tecnológica Nutricional, o Laboratório de Análise de Alimentos apoiaram. Do Departamento Geral de Estatísticas e Recenseamentos, o Departamento Geral, Departamento de Cartografia, Departamento de Design e Análise Estatística, Seção de Concepção de Amostragem.

Ministério tem a mesma forma de pensar (...), mesmo que uma só criança tenha deficiência de ácido fólico ou de vitamina A ou de qualquer outra coisa, creio que é preciso continuar trabalhando para isso (...) esse tem sido o norte que nos conduziu ambos para um objetivo comum (INF12)”.

Com essas palavras, se sintetiza a visão e missão compartilhadas por ambas instituições que embora não se explicitam, respondem a um enfoque de direitos humanos, especificamente o direito à saúde que têm todos os membros do coletivo social. Como indica um dos informantes: *“num marco de direitos, a capacidade institucional adquire um papel primordial” (INF16).*

No desenvolvimento da Pesquisa, o INCIENSA assume o trabalho de análise de amostras e junto com o pessoal do Ministério da Saúde, recebem capacitação do INCAP²⁴. Isso favorece a capacidade instalada das instituições públicas do país.

“Antes se pagava para fazer as pesquisas de nutrição ao INCAP. Nós (MS e INCIENSA) decidimos que não, que era preciso fazê-las aqui, então a partir daí pensamos no país, na população. É que o INCIENSA tinha um pessoal muito competente (...) obviamente com a colaboração do pessoal do INCAP que nos formaram, que sempre estiveram conosco” (INF12).

Por outro lado, para a administração do governo dessa época (1994-1998), havia uma necessidade especial de planejar ações com base em evidência sobre as necessidades em matéria de saúde no país. O eixo dessa implementação era alcançar a meta de saúde para todos no ano 2000, responder ao Plano Quinquenal de Segurança Alimentar e Nutricional e dar resposta ao Plano de Governo que identificava como prioridade a necessidade de prevenir e erradicar *“as anemias nutricionais e outras doenças provocadas por carências que afetam consideravelmente a capacidade de desenvolvimento potencial do ser humano”*²⁵. Por isso

se considerava essencial dispor de informação atualizada, verdadeira e oportuna com o propósito de orientar as políticas, planos e programas relacionados com o campo alimentar nutricional.

Por um lado, se observa como a equipe técnica encarregada da vigilância nutricional do Ministério da Saúde conseguiu estabelecer uma aliança forte com as novas autoridades de saúde, seus assessores convertendo-se em especialistas em matéria nutricional, dando sustento técnico às políticas propostas pelo novo governo. As autoridades em saúde, por sua parte, deram o apoio necessário para facilitar os processos técnicos. Assim, a equipe técnica de vigilância nutricional consegue colocar suas preocupações e tarefas no espectro das prioridades em matéria de saúde estabelecidas pelo novo governo.

Os seguintes fatores contribuíram para isso:

- As novas autoridades estavam muito voltadas para encaminhar os esforços para a atenção primária.
- Partiam de uma visão de sanitaristas com experiência provada e compromisso com o desenvolvimento da saúde pública no país. O ministro havia sido elemento fundamental num governo anterior no fortalecimento da atenção primária em saúde. O vice-ministro havia desenvolvido um modelo cooperativo de atenção a nível local com ações de promoção, prevenção e atenção em saúde que se converteria em modelo para a reestruturação dos serviços de saúde no país com a criação de Equipes Básicas de Atenção Primária (EBAIS).
- Tanto no Departamento Geral de Saúde como junto ao ministro e vice-ministro se apreciava o dinamismo e o trabalho em equipe na sua gestão.
- O Plano de Governo estabelecia na área social interesse em desenvolver um Plano de Combate à Pobreza e na área da saúde em enfrentar o problema de anemias no país, do qual se tinha conhecimento por pesquisas parciais.

A partir desta primeira etapa, se estabelecem alianças importantes que acompanharam depois

²⁴ Do INCAP, estão envolvidos no processo e cedem especialistas de design estatístico o Departamento Geral, a Cooperação Técnica no país, a Unidade de Alimentos da Área de Ciência e Tecnologia.

²⁵ Pesquisa Nacional de Micronutrientes, 1996

o processo de formulação da política. É assim que o desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Nutrição em 1996 permitiu gerar uma plataforma sólida para sustentar a política e por sua vez foi a antesala para estabelecer alianças estratégicas que apoiariam o processo de formulação e negociação da política.

Segunda etapa: Construção da aliança técnico-política

Como se indicou antes, a experiência de realizar a Pesquisa Nacional de Nutrição (PNN) foi o início de uma relação estreita e de colaboração entre a equipe técnica da Vigilância Nutricional e as autoridades superiores do Ministério da Saúde. A diretora geral da saúde facilita a aproximação da equipe técnica com o vice-ministro, encarregado das intervenções em saúde e mão direita do ministro, que lhe dá um lugar de confiança e assessoria fundamental. Uma prova disso são as palavras com as quais se refere e recorda do vice-ministro: *“brilhante, eficiente e eficaz”, “eu tenho um grande respeito por ele”* (INF04).

Para as autoridades de saúde, não bastava ter informação atualizada, mas era preciso tomar uma decisão para melhorar o estado nutricional da população. Do ponto de vista técnico, a PNN salientava que as medidas sanitárias adotadas para diminuir as anemias nutricionais não haviam dado resultados observáveis na última década, daí a necessidade de promover medidas mais adequadas.

A definição da intervenção mais apropriada foi uma tarefa delegada para a equipe técnica por parte das autoridades de saúde. Aqui se destaca a confiança das autoridades na equipe técnica. Nas palavras da autoridade máxima naquele momento: *“... eu os considero gente muito boa, muito capacitada”* (INF04). Também o vice-ministro mostra uma grande confiança no grupo técnico e isso favorece a boa coordenação técnica e política:

“A equipe técnica sempre teve acesso direto às autoridades, o que facilitou o acesso à informação, a tomada de decisões e a mobilização de recursos” (INF05).

Para a equipe técnica, o apoio político faz uma grande diferença para a realização da sua tarefa:

“Quando há interesse político não há atrasos, porque pode ser que exista interesse, mas não tão pronunciado, então não se opõem, mas também não aceleram a coisa” (INF01).

Assim sendo, as autoridades delegam para a equipe técnica a busca de informações e a análise de alternativas, como a revisão de experiências em outros países.

Por sua vez, o acompanhamento do INCAP, constituiu uma das alianças estratégicas mais importantes neste processo. Segundo a correspondência da época, é o INCAP que estabelece recomendações para a análise de folatos na pesquisa nacional de micronutrientes. Entretanto, as pesquisas realizadas por esta instituição nos últimos vinte anos, indicavam e documentavam que as anemias ferropênicas na região eram suficientemente generalizadas para considerá-las um problema de saúde pública, a ênfase foi colocada na deficiência de ferro e marginalmente no ácido fólico. Por outro lado, também se havia avançado no desenvolvimento da parte tecnológica para a fortificação de alimentos de consumo universal. A experiência indicava que o alimento mais indicado para fortificar era a farinha de trigo.

Nesta tarefa, o apoio do INCAP é fundamental para respaldar a equipe técnica tanto na pesquisa do problema e busca de alternativas de solução, como na tarefa de advocacia frente aos políticos. O INCAP traz conhecimento acumulado em outros países e por sua vez sustenta sua capacidade de convencimento político apoiando-se nos acordos tomados no Conselho Consultivo e o Conselho Diretor da instituição (nos quais a diretora geral de saúde e o ministro de saúde formavam parte), onde os governos centro-americanos se comprometem a fortificar alimentos com ferro, ácido fólico e vitamina A. As autoridades de saúde deviam cumprir com um mandato que eles mesmos haviam aprovado.

No processo de fundamentar tecnicamente a medida a tomar, a revisão das pesquisas leva a visualizar o problema de má-formação congênita em relação à falta de ácido fólico em mulheres gestantes.

Como já foi indicado, quando foi realizada a Pesquisa Nacional de Nutrição em 1996, a atenção estava centrada no problema de anemias. Entretanto, a equipe técnica, junto com o apoio do INCAP, revisa a literatura na qual a má-formação congênita está associada à deficiência de ácido fólico²⁶. Em outros países, houve experiências bem sucedidas que ajudaram a fortalecer a proposta nacional.

Como indica um dos entrevistados:

“... ao abordar o tema da anemia ferropênica e a alternativa de fortificar alguns alimentos para combatê-la, surgiu a oportunidade de fazer algo com a má-formação congênita associada à carência de ácido fólico, então ele foi incluído no plano de trabalho” (INF 05).

E logo acrescenta:

“... o assunto do ácido fólico foi parte de um tema mais amplo: a fortificação dos alimentos para prevenir as anemias. A má-formação não estava incluída como um dos doze pontos prioritários: mas foram vistas como uma oportunidade a fortificação da farinha para contribuir a minimizar esse problema” (INF05).

Também se compreende o alcance da política escolhida e seus limites:

“Para atender à má-formação integralmente é preciso intervenções mais complexas.

²⁶ Os defeitos do tubo neural incluem toda uma gama de má-formação congênita e ocorrem quando o tubo neural não se fecha nas etapas incipientes do desenvolvimento embrionário. Estes defeitos do tubo neural são associados à deficiência de ácido fólico desde 1930, quando a Dra. Lucy Wills apontou pela primeira vez o folato como fator curativo da anemia, quando existe insuficiência deste folato na mulher grávida. Além disso, em 1964 Hibbard publicou um documento científico no qual se relatou a vinculação entre certa má-formação congênita (que não era do tubo neural) e a carência de folato. Em 1980, Laurence, publicou um ensaio clínico que mostrou uma diminuição de 60%, no risco de reaparecimento de defeitos do tubo neural em mulheres que tomavam ácido fólico. Em 1991, o CDC publicou uma revisão das evidências referentes à prevenção da recorrência de gravidez afetadas por defeitos do tubo neural e recomendou a administração de 0,4 mg de ácido fólico para as mulheres que haviam tido um bebê ou um feto com algum defeito do tubo neural. (OPAS/OMS, sem ano)

O fortalecimento e o enriquecimento dos alimentos são medidas mais sólidas, com menos participantes envolvidos e de custo mais barato” (INF05).

Uma vez identificadas as deficiências e a população a risco, três tipos de medidas são identificadas para resolver o problema do déficit de ferro e ácido fólico:

- **Suplementação:** esta medida é de tipo focalizado na população a risco e implica a ingestão do micronutriente deficitário por meio de tabletes. *“O problema é ter que lembrar às pessoas para tomar a pastilha ou que elas esqueçam de tomá-la” (INF01).*
- **Melhoria da dieta em geral:** esta medida envolve processos de educação e divulgação de dietas saudáveis junto à população. Entretanto, esta medida requer *“educação nutricional, maior disponibilidade e acesso das pessoas aos alimentos fonte desses nutrientes e que têm efeitos a muito longo prazo” (INF11).* Os alimentos que contêm os micronutrientes requeridos, nem sempre são acessíveis à população de risco assim como a utilização dos nutrientes são um fator a considerar também.
- **Fortificação de alimentos:** considera-se que esta medida tem vantagens porque se utiliza *“um alimento de consumo universal, é de ampla cobertura, não produz mudanças nos hábitos alimentares da população” (INF11)* e *“os efeitos são vistos rapidamente, ou seja seu resultado se vê a curtíssimo prazo, a custo baixo e as populações conseguem recuperar a boa forma” (INF12).*

A escolha dos alimentos a serem fortificados vai depender dos hábitos alimentares da população, para evitar mudança nos hábitos de compra, preparação ou consumo de alimentos. Além disso, *“as pessoas não notam, não muda o sabor e nem as características organolépticas do alimento, isto é, não muda a cor, o cheiro e nem o sabor” (INF08).*

Considera-se que *“a fortificação age desta maneira: primeiro soluciona os casos severos e depois começa a diminuir até o momento em que se mantém e daí não vai diminuir, porque as causas já não são provavelmente por causa da deficiência de ácido fólico,*

mas por outras causas” (INF12).

Por sua vez, para tomar a decisão de “fortificar ou suplementar, primeiramente, é preciso ter estudos, de como está o problema na população, para quem e por que fortificar ou suplementar. Uma vez que se tem uma informação de base, então se toma a decisão de fortificar ou suplementar. Fortificar é mais fácil, porque a população consome o alimento, então a única coisa que é preciso saber, é quantas gramas são consumidas para ver qual é a dose necessária” (INF12).

Das três medidas, escolhe-se a fortificação da farinha de trigo com ferro e ácido fólico, por vários motivos tanto técnicos como políticos:

Motivos técnicos:

- O pão é um dos alimentos de consumo massivo no país.
- A farinha de trigo é um alimento fácil de fortificar e os micronutrientes se mantêm o mais estáveis possível até o momento do consumo final.
- O ácido fólico é “um micronutriente que têm duas metas tanto para a anemia megaloblástica como para a prevenção de má-formação congênita do tubo neural” (INF 01).

Motivos políticos:

- Existência do decreto #18 de 28 de julho de 1958 pelo qual se ordena a fortificação da farinha de trigo com tiamina, riboflavina, niacina, ferro e cálcio.
- A negociação só implicava acordos com dois moinhos como participantes externos.
- A proposta era viável, não existiam problemas com os insumos necessários.

Neste último ponto, a equipe técnica também busca assessoria de uma indústria farmacêutica para conhecer preços da pré-mistura que conteria as vitaminas, disponibilidade, possíveis economias de escala e desconto por volume. Esta informação era essencial para estudar a viabilidade da proposta. Ficou claro que os insumos não

eram problema e toda a informação era parte da proposta a ser apresentada aos moinhos.

Vários elementos convencem a autoridade máxima do Ministério da Saúde a aceitar a fortificação da farinha de trigo com ácido fólico como uma medida pertinente para o país:

- A certeza de que “diante de feitos comprovados que poderiam favorecer a saúde, tínhamos que tomar as ações correspondentes” (INF04).
- Em 15 anos não tinha sido possível reduzir a prevalência de anemias por falta de ferro e ácido fólico na dieta do costarriquenho.
- A medida não implicava criar um decreto novo, mas modificar o existente, mudando a dosagem do ferro e outras vitaminas do complexo B já definidas no decreto anterior e acrescentar o ácido fólico.
- A existência de pesquisas e experiências em outros países que mostravam resultados positivos na diminuição da incidência de espinha bífida e problemas no canal neural. “Me convenci de que tinha que fazer isso” (INF04).
- A política de fortificação de farinha de trigo se tornava uma oportunidade para as autoridades de saúde de ter um caso demonstrativo do exercício de gestão por parte do Ministério da Saúde.

Também tem um papel importante algo que vários informantes-chave salientavam: a idiosincrasia nacional que se expressa na decisão:

“... eu me sinto orgulhosíssima quando se fala da Costa Rica nestas coisas, especialmente em fóruns porque em outros países a política dificulta muito os processos, há muitos bloqueios. Na Costa Rica nunca, na parte política, na decisão política, eu nunca vi, ou ouvi que alguém tenha se oposto, nem para a farinha, nem para nenhum outro alimento” (INF12).

Consequentemente, as autoridades de saúde optaram por revogar o decreto # 18 e substituí-lo por um novo decreto que incorporasse as medidas técnicas requeridas para conseguir um verdadeiro

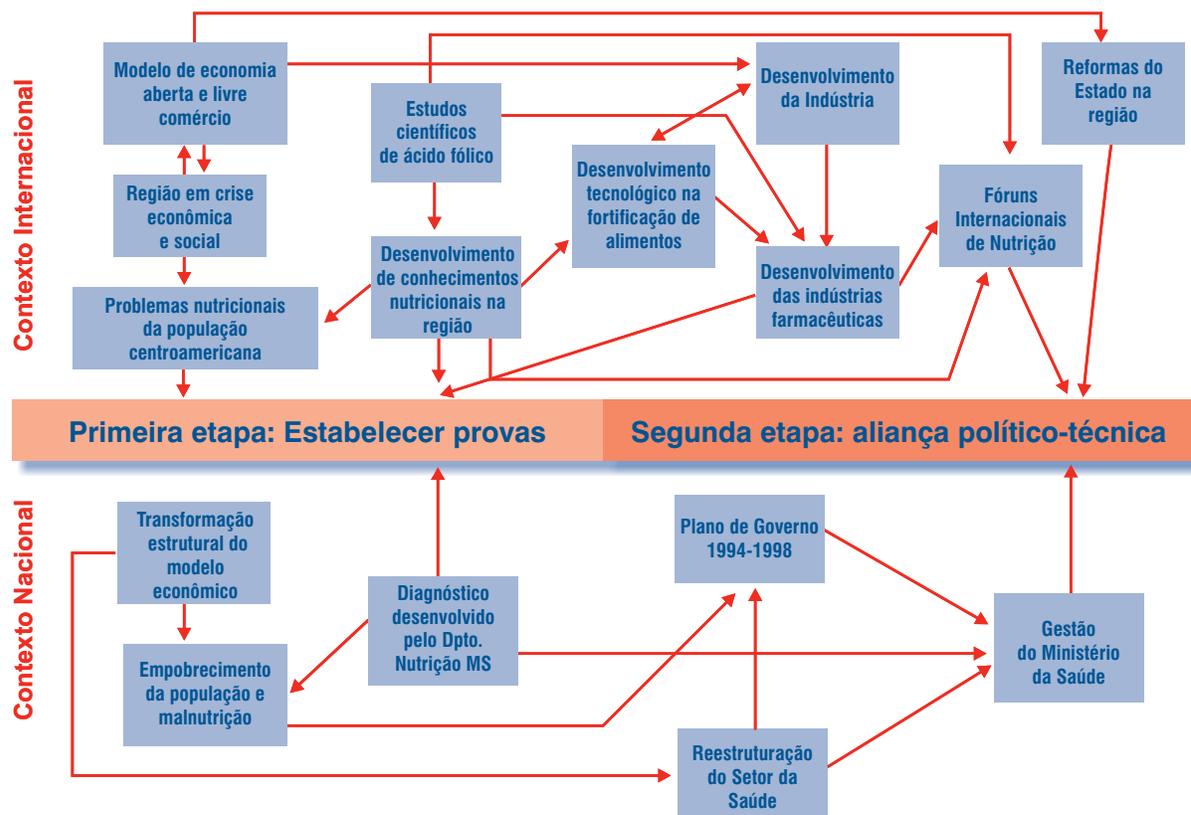
impacto no estado nutricional da população. Este tipo de instrumento de política foi sempre o instrumento utilizado para todas as medidas de fortificação de alimento, apoiado pela Lei Geral de Saúde.

No Diagrama 2, há uma síntese da rede de condições e fatores que favoreceram a formulação desta política.

principais participantes externos e se procurou negociar com eles.

Para as autoridades de saúde, não se tratava de discutir com a indústria da moagem a possibilidade de modificar a fórmula de fortificação da farinha de trigo, mas de conseguir o apoio desta para uma decisão já tomada pelo Ministério da Saúde. Entretanto, existia consciência de que uma atitude impositiva não facilitaria um bom ambiente para que a política se tornasse efetiva. Segundo uma das autoridades de saúde:

Diagrama 2: Rede de condições e fatores que facilitaram a formulação da política



Terceira etapa: o encontro com os industriais

Na análise dos participantes, o grupo técnico e político visualizou os dois moinhos como os participantes-chave a serem convencidos. Os padeiros são descartados, pois o Ministério da Saúde havia tido enfrentamentos com eles por causa da medida que visava eliminar o bromato de potássio²⁷. Os moinhos são definidos como os

“... não estávamos esperando que os moinhos aceitassem ou não o decreto, era uma decisão tomada. Nos sentamos para negociar em busca de apoio, porque senão seria preciso montar um sistema de controle muito caro, não se pode ter policiais no moinho vigiando que as medidas sejam cumpridas” (INF05).

²⁷ Aditivo que os padeiros utilizam para fazer crescer o pão ao colocá-lo no forno, mas que o Ministério da Saúde alegava ser cancerígeno.

Esta definição levou ao objetivo de conseguir convencer os moinhos da importância da medida e conseguir uma aliança sustentável com eles. Várias foram as estratégias que se prepararam para o encontro com os industriais:

- Enfocar a proposta de um ponto de vista técnico; oferecendo informação atualizada sobre os problemas nutricionais e de saúde da população, - por que existem e possíveis soluções - e sobre as experiências de fortificação no país e a nível internacional.
- Aproveitar a aliança com a indústria salinera:
- *“... o fato de que o sal estivesse sendo fortificado com iodo e com flúor nos ajudou muito. (...) o que fazíamos era o seguinte: quando convocávamos a indústria, convidávamos também a indústria salinera, pois eles falavam a favor da fortificação, também tinham o enfoque de saúde pública e não eminentemente comercial” (INF01).*
- Vinculado ao ponto anterior, a equipe técnica tinha recebido assessoria da UNICEF em torno do enfoque de direitos e de responsabilidade social, então pensou-se em focar a proposta de uma visão de *“inversão social” (INF11).*
- Também contavam com a aliança do INCIENSA, com o Laboratório de Bromatologia. A Indústria Farmacêutica A desde a primeira etapa do processo acompanha o processo e nesta etapa apresenta aos industriais os detalhes técnicos da adesão de nutrientes em alimentos. O MEIC se une na negociação com os industriais.
- Estudo de opções e custos da pré-mistura, assim como um estudo do preço do trigo no mercado.

Com relação a este último ponto, as autoridades de saúde estavam preocupadas com relação ao custo da fortificação. Para as autoridades de saúde era necessário chegar à reunião com os industriais com alguma “carta na manga” para negociar que o custo da fortificação não fosse repassado para os consumidores por meio de um aumento de preço.

“...estávamos totalmente preparados para conseguir que o custo fosse assumido pelos moinhos e não pelo consumidor (...) Pela situação econômica do país, dizer que o preço do pão ia aumentar, apesar do benefício da fortificação, não era viável” (INF05).

Para isso contavam com um estudo sobre custos e a flutuação do preço internacional do trigo que indicava uma baixa do preço do trigo que não se havia traduzido em diminuição do custo para o consumidor. Da perspectiva dos políticos, as condições estratégicas estavam presentes para convencer a indústria de moagem sobre esta política. Era o momento certo para o qual se contava com argumentos que contrariavam a lógica do comércio, na qual se busca ganhar mais e perder menos. Entretanto, não foi necessário tirar essa carta, os industriais se mostraram de acordo desde o princípio.

“Estávamos preparados para uma negociação supostamente muito difícil, mas que finalmente foi muito fácil e rápida, na qual se obteve a colaboração irrestrita dos dois moinhos (...) nessa atividade estava presente o Ministro de Saúde, o que deu muita força ao processo” (INF05).

Em comparação com outros processos de negociação com diferentes industriais para a fortificação de algum alimento, a autoridade máxima em matéria de saúde considera que a negociação com os moinhos:

“... foi o processo mais simples (...) o que teve mais aceitação de início. Não lembro que tenha havido o menor problema nem sequer de alguma empresa que se tenha minimamente oposto” (INF04).

Para compreender melhor este ambiente favorável dos industriais, é necessário contextualizar a situação dos industriais no momento da negociação, situando no tempo quais eram as condições que se haviam dado para facilitar a atitude positiva dos empresários frente à proposta do Ministério da Saúde.

Como já indicamos anteriormente, o Moinho 1 era um monopólio na produção de farinha de trigo até 1979, quando surge o Moinho 2. Este

último moinho se mantém pequeno até o final dos anos 80, já na década dos 90 é clara sua tendência ao crescimento. Retomando as palavras de um entrevistado:

“... Em 1990, o Moinho 2 tinha 12% do mercado de farinhas no país; para 96, 97, devia estar perto de 30%. Cresceu muito, de tal maneira que a concorrência pela melhoria de qualidade, inovação, aprimoramento do produto, enriquecimento, tinha um papel importante para a diferenciação do que eram as marcas em si, as qualidades das mesmas farinhas” (INF19).”

Nessa época, aparecem os processos ISO 9000 para garantir a qualidade dos produtos. Isso gera um desenvolvimento de pesquisas importantes para manter os produtos em nível competitivo. As pesquisas sobre o ácido fólico e a fortificação da farinha não eram desconhecidas dos industriais. Desde os anos 80, eram organizadas reuniões internacionais de industriais nas quais se discutia o tema da fortificação da farinha. Casas fabricantes de vitamina apresentavam conversas a esse respeito. Os governos promoviam a fortificação e a empresa privada discutia o assunto nestes fóruns do setor. Na América Central havia acordo a esse respeito e era importante atuar em bloco dentro do comércio internacional.

Ao mesmo tempo, os “*sócios comerciais*” dos moinhos, especialmente os produtores de massa, tinham a necessidade de que seus produtos fossem aceitos pelo mercado norte-americano, o qual implicava ajustar-se às normas de enriquecimento vitamínico USBA estabelecidas por esse país. Nesse sentido, o Moinho 2 se encontrava, em 1997, ocupado com a atualização das normas de fortificação para ter equivalência com o mercado externo e responder às pressões da indústria de massas interessada.

“... estávamos naquele momento tratando de que vários dos nossos importantes usuários de derivados de farinhas, pudessem exportar seus produtos para os Estados Unidos. Homologando assim as normas de enriquecimento com os Estados Unidos conseguimos estar bastante atualizados com relação a outros países que conheciam muito bem o efeito do ácido fólico como agente inibidor de má-formação genética. Por isso, o projeto foi do agrado de ... ambos

os moinhos realmente, do nosso em particular e do outro moinho, que estão instalados no país” (INF19).

Da perspectiva do Moinho 2, havia uma lacuna na regulação do Estado, “*o complexo vitamínico dosado para as farinhas estava sem regulamentação nacional*” (INF19), e se buscava no exterior os parâmetros a seguir. Da mesma forma, as necessidades específicas dos produtores de alimentos derivados da farinha não tinham sido contempladas no decreto de 1958, já que o decreto era específico para a farinha de trigo e não se incluía a sêmola de trigo, que constitui a matéria-prima de produtos como a massa. Assim sendo, o Moinho 2 estava “*migrando voluntariamente para as normas americanas*” (INF 19).

Por sua vez, um fator importante foi o desenvolvimento tecnológico que se havia dado nas indústrias a nível internacional para medir adequadamente a dosagem de micronutrientes. Os laboratórios do país não estavam tão equipados para poder verificar a dosagem adequada de micronutrientes. Da perspectiva de Moinhos 2, não se percebia o Ministério da Saúde como um “*agente verificador*” do cumprimento da norma. Assim sendo, esta empresa assume a tarefa de realizar experimentação química com iodeto de potássio para determinar a concentração das partículas do íon ferro nas farinhas. Isso permitiria que a indústria nacional prescindisse dos envios de amostras ao exterior para análise. Como resultado, as empresas investem em tecnologia (compra de dosímetros volumétricos e gravimétricos) e contratam pessoal especializado em tecnologia de alimentos. Esse desenvolvimento permitiria um feliz encontro com a iniciativa do governo.

Entretanto, cabe ressaltar que a imagem que o Moinho 2 tinha do governo diferia da imagem do Moinho 1 pela história de cada empresa. A norma de fortificação da farinha estava presente desde a fundação do Moinho 1 e os laboratórios do Ministério da Saúde se encarregavam de aprovar a importação da pré-mistura. O diretor-geral principal do Moinho 1 era químico de profissão e sempre havia mantido interesse pela fortificação e uma relação estreita com o governo e especialmente com o Ministério da Saúde. No caso do Moinho 2, ao surgir no marco da abertura comercial, o governo era percebido como um

obstáculo que impunha “controles obsoletos”, “não permitia o desenvolvimento do mercado como devia, impondo barreiras ao livre comércio”. Não se percebia apoio dos Ministérios, o Ministério da Economia e Comércio (MEIC) era com quem mais tinham contato, mas esse último assumia um papel controlador de preços e não “verdadeiramente promotor do desenvolvimento”. Percebia-se que o interesse do Estado era “manter um controle policial sobre um bem da cesta básica que havia sido concebido de forma errada”. Em resumo, a percepção do governo por parte do Moinho 2 era “decepcionante” (INF19).

Desta perspectiva, a fortificação da farinha se assume como uma tarefa da indústria e daí se estabelecem parâmetros:

“... como não havia norma, então era uma dosagem que, para efeitos práticos, estava presente e sempre esteve presente, mas não tinha nenhuma norma, nenhuma padronização, era mais simbólica do que real. É por isso que por iniciativa dos moinhos e devido a um esforço exportador combinado entre diferentes entidades privadas se dá impulso ao processo de fortificação de farinhas regulado e onde inclusive as formulações são alteradas, busca-se complexos vitamínicos que protegem as vitaminas como ‘coatings’ para que aguentem a secagem a temperaturas muito altas e é quando realmente se consegue começar um processo de concorrência intensa entre os moinhos, onde o beneficiado é diretamente o consumidor” (INF19).

Dentro deste contexto, se dá o encontro de empresários com a equipe técnica e os políticos do Ministério da Saúde. É possível afirmar que a certeza dos industriais diante da proposta do governo tinha como base vários elementos:

- A estratégia da equipe técnica do Ministério da Saúde foi convincente ao apresentar a situação nutricional do país de forma fundamentada, as implicações com relação a problemas de saúde nos grupos populacionais de menores recursos e em mulheres grávidas, e os benefícios e impacto da fortificação da farinha²⁸.

²⁸ Vários informantes entrevistados concordam em expressar com surpresa e agrado como os moinhos aceitaram a medida com facilidade, e destacam como a indústria consegue aliar-se

Nas palavras de um dos industriais: “O Ministério apresentou a necessidade e criou a sensibilidade para o problema” (INF17).

- O custo era baixo e o benefício grande. De acordo com o raciocínio dos industriais: “o custo era praticamente desprezível, (...) por isso eu estava tranquilíssimo em todas essas reuniões”. (INF18); “era fazer algo bom a baixíssimo custo (...) era uma proposta vencedora” (INF19).²⁹
- Existia o decreto de 1958, embora fosse considerado obsoleto. Ambas as empresas estavam fortificando a farinha, a nova proposta só implicava mudanças na dosagem e adição de ácido fólico na fórmula; só precisavam do ajuste das equipes e uma mudança na fórmula da pré-mistura.
- A mesma empresa privada já havia iniciado um esforço exportador concertado diante do processo de concorrência intensa. Ambos os moinhos, apesar da concorrência, estavam nas mesmas condições. Era preciso cuidar para manter a associação estratégica com os sócios exportadores que precisavam de aceitação de seus produtos no exterior.
- A fortificação coincidia com os requisitos de melhoria da qualidade do produto, o qual implicava maior competitividade e melhor aceitação no mercado internacional. Acrescentar ácido fólico à farinha era uma forma de diferenciar o produto no mercado. Os industriais podiam então promover seus produtos como sendo inovadores e promotores de saúde e bem-estar social.
- As experiências anteriores de fortificação de alimentos e produtos de consumo massivo tinham sido bem sucedidas. Nisso, a experiência da indústria salineira teve muita importância, os industriais foram apresentados na negociação como aliados da equipe técnica mostrando o impacto

a uma causa de saúde pública: “havia muito certeza de que há doenças que eles podem ajudar a prevenir” (INF12).

²⁹ “Quanto aos custos, a fortificação representa menos de 0,5% no preço da farinha ao consumidor, isso era considerado relativamente de baixo custo e alto impacto”

positivo da iodação e fluoração do sal na saúde da população. Além de indicar como o sal iodado e fluorado se tornava mais atraente para o mercado exterior.

- As experiências em outros países com fortificação da farinha de trigo pareciam ter impacto.

Nas palavras de um dos industriais:

“Creio que foi um bom ambiente de cultura para que o processo não conhecesse obstáculos de nenhum tipo e fosse em frente” (INF19).

Da perspectiva dos técnicos:

“... era algo que estava caindo com seu próprio peso” (INF11).

Fica claro nas entrevistas, que as argumentações da saúde pública conseguiram atingir os industriais. Da perspectiva do Moinho I, a empresa se identificou com a necessidade de melhorar a saúde de um grupo importante da população:

“Nesse sentido houve vontade da empresa para fazê-lo (...) Nunca se negou o apoio por ser uma questão de bem social” (INF17); “todos estávamos de acordo (...) havia disposição por parte das empresas” (INF17).

Algo que vale a pena destacar é como os industriais também identificaram uma forma de atuar que caracteriza a indústria nacional ao contrário de outros países. Esse fato é motivo de um certo orgulho diante de outras nações e permite a identificação com valores próprios em defesa da saúde pública do país. É possível dizer que a experiência da indústria salineira era pioneira e já haviam avançado no campo que seria conhecido mais tarde como “responsabilidade social”. A esse respeito, palavras de um dos industriais:

“... é uma das características que temos tido, nós, os costarriquenhos já algum tempo, estamos acostumados a esse tipo de coisas de caráter social e também é muito natural, infelizmente

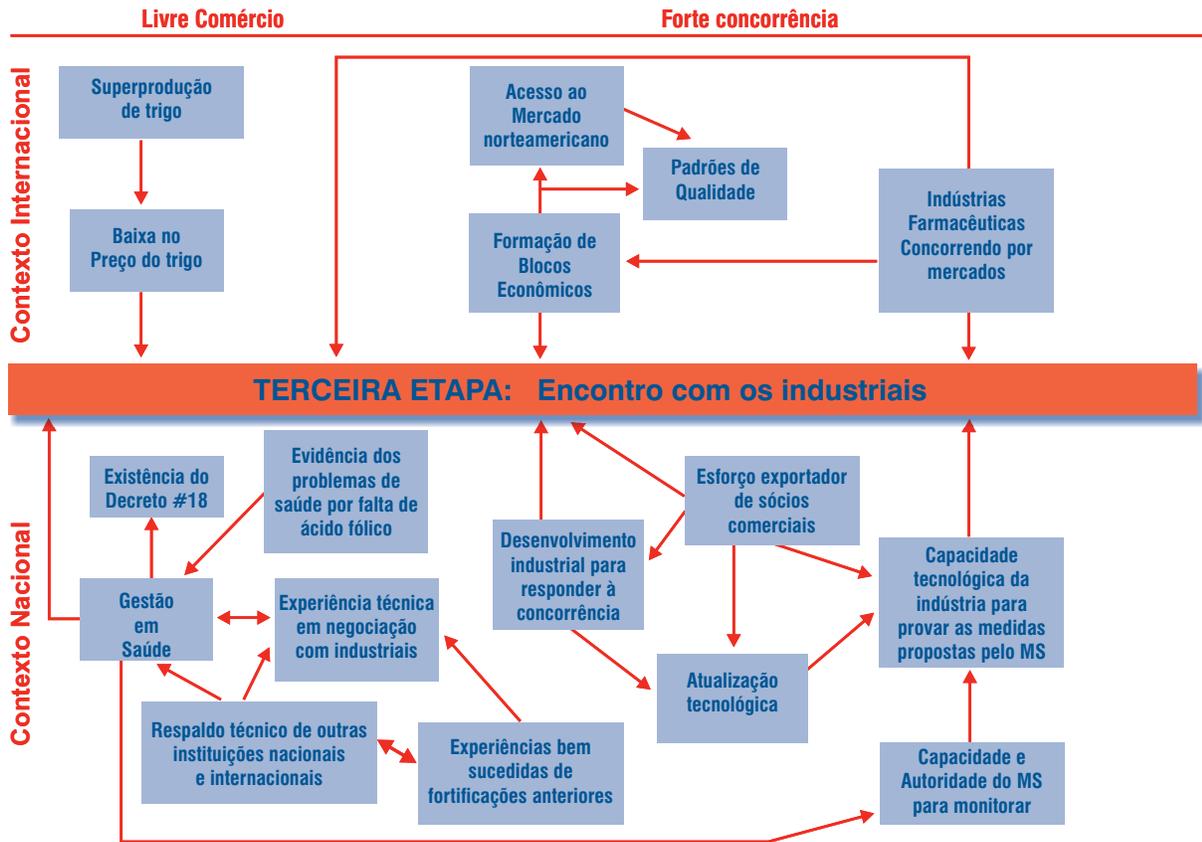
é verdade que em muitos países não é assim” (INF18).

Essa percepção é também corroborada por outra pessoa que participou no processo da parte técnica:

“... uma indústria muito identificada com os problemas de saúde (...) e muito encantada quando já está realmente convencida do motivo pelo qual está trabalhando (...) Eu não estou dizendo que aqui é perfeito, mas há muita vontade” (INF12).

O Diagrama 3 sintetiza a rede de condições e fatores que favoreceram a negociação desta política.

Diagrama 3: Rede de condições e fatores que facilitaram a negociação da política



Concepção da política para sua implementação

Ajustando os critérios para normalizar

Uma vez acertada a fortificação, a tarefa seguinte foi de tipo técnico e tecnológico. Nas palavras de um dos atores:

“Esse foi um período de pesquisa e conversas, de diálogo para ver se isso era viável” (INF15).

Foi um tempo para poder resolver uma série de inquietudes que surgiam em torno do próprio processo de fortificação: possíveis mudanças organolépticas na farinha ou nos produtos alimentares produzidos com farinha, estabilidade do ferro e do ácido fólico em altas temperaturas,

homogeneidade da mistura, dosagem diferenciada para a sêmola e para a farinha. Os moinhos se “auto-convenceram” da necessidade de dosar adequadamente os micronutrientes nas farinhas. Como salientado por INF19 havia um “processo de consciência industrial privada” que buscava garantir que seus produtos fossem seguros para a saúde de seus consumidores sem necessidade da imposição estatal.

Na etapa de negociação da política, se fizeram presentes os gerentes gerais ou financeiros das duas empresas e as autoridades de saúde. Nesta outra etapa, a equipe técnica do Ministério da Saúde vai monitorando o processo, junto com a assessoria do INCAP, do INCIENSA (para a parte tecnológica) e do MEIC, mas quem assume, de forma central, a tarefa são as gerências de qualidade e produção das empresas assim como a Indústria Farmacêutica A, fornecedora da pré-mistura. Nesse sentido, uma das informantes-chave do Ministério da Saúde salienta:

“Nós, como instituições públicas, não temos todos os recursos para fornecer provas, por exemplo, eles queriam que mostrássemos que essa formulação não mudava as características organolépticas da farinha, nós não tínhamos os recursos para fazê-lo. Esse é um ponto fraco da instituição como tal, mas às vezes se torna um ponto forte porque eles (os industriais) participam mais e se apropriam mais do processo. Porque eles sim têm os recursos, fizeram os testes e se deram conta que não há problemas” (INF 11).

A Indústria Farmacêutica A apoiou fornecendo amostras para conseguir a adequação da fórmula da pré-mistura às necessidades definidas pelo Ministério da Saúde. Eles mostram que *“a proposta do governo é tecnicamente viável” (INF21)*, e dão informação sobre custos em termos de equípes.

“... fomos chamados a ajudar com a parte de aplicação tecnológica, nós também ajudamos com algumas informações por meio de metodologia analítica e ajudamos com amostras de produto e participamos da venda eventual desse produto para os moinhos, quando éramos concorrentes no mercado” (INF21).

Apesar dos custos da fortificação não terem sido considerados altos, a nova medida implicava fazer testes de mercado para comprovar que o produto não seria prejudicado. O Moinho 2 ofereceu seus laboratórios para fazer os testes e a Indústria Farmacêutica A forneceu a pré-mistura para que os industriais experimentassem a dosagem e observassem os resultados no produto final. Foram feitos diversos testes até chegar ao complexo vitamínico desejado.

A participação da Indústria Farmacêutica A não foi a única, convocou-se a Indústria Farmacêutica B no início do processo, entretanto, ela não permaneceu no processo. O Ministério da Saúde já havia trabalhado com a A em outras ocasiões e eles sempre estiveram de acordo para assistir às reuniões com os industriais, apresentar as primeiras amostras e trabalhar junto com o Ministério da Saúde e com os industriais até conseguir o produto necessário.

A Indústria Farmacêutica A apoia uma série de controles: na formulação, nos testes em condições reais, com relação à estabilidade do ácido fólico

através de análises químicas que mostram a quantidade de micronutrientes que tem o produto final e que estaria chegando à população alvo e a qualidade dentro da fábrica para garantir a uniformidade da pré-mistura.

Muitas das dúvidas e aspectos a considerar tecnicamente, respondiam às preocupações dos industriais de produtos alimentícios derivados da farinha. Entre eles, a perda dos micronutrientes no processamento de produtos como a massa que requer altas temperaturas. A produção de massas utiliza a sêmola de trigo e requer dosagens especiais dos micronutrientes para que não se percam durante o processo de secagem. O Moinho 2 solicitou que fosse baixado o nível de ferro na sêmola, de acordo com os padrões de Estados Unidos para que a massa não apresentasse pontos negros. O Ministério da Saúde estava de acordo.

Para garantir a estabilidade dos micronutrientes, era necessário incorporar “coatings” que recobrissem algumas vitaminas para que as temperaturas altas não as volatilizassem. A Indústria Farmacêutica havia desenvolvido a tecnologia necessária para garanti-lo.

Embora os moinhos fossem os participantes-chave selecionados pelo Ministério da Saúde para conseguir seu objetivo de fortificação, são os mesmos moinhos que incorporaram os interesses dos produtores de alimentos. Isso enriquece a proposta e o impacto da política de fortificação, pois é possível fazer ajustes que permitam que os produtos derivados da farinha realmente recebam a fortificação. Testes de resistência ao calor foram feitos nas fábricas de pão e biscoitos.

“... indiretamente passamos a fortificação a outras empresas (...), posso garantir que nada escapa dos benefícios da fortificação” (INF18).

Nesse processo, o Agrupamento de Indústrias Alimentícias foi integrado e alguns empresários exportadores participaram ativamente dos testes. Nos laboratórios do Moinho 2, a dosagem se fazia em microdose, verificavam que a dosagem adequada fosse dada ao produto terminado e depois amostras eram dadas a cada um dos participantes para que constatassem o cumprimento da norma no produto terminado.

Ao contrário dos moinhos, a Câmara Costarriquenha da Indústria Alimentícia mostrou certa resistência à proposta do governo no início. Aqui pesava muito a imagem e as experiências existentes junto ao governo e suas instituições, especialmente da Junta Diretora do Agrupamento. Havia um ambiente de descrença e desvalorização do trabalho realizado pelo Ministério da Saúde. Era o que se observava no descumprimento de responsabilidades que debilitavam o mercado como, por exemplo, a burocratização do processo de inscrição de produtos novos, a ausência de regulamentação para a concorrência desleal, pouca vigilância da etiquetagem em produtos importados e datas de vencimento. Não se observava um estado protetor dos consumidores nem dos produtores locais, não se reconhecia capacidade para assumir suas funções reguladoras. Com isso, pensava-se que o governo desconhecia a realidade da indústria e que suas propostas e intervenções sempre desfavoreciam a competitividade das indústrias. Esse Agrupamento estava nesse momento dedicando seus esforços para que as indústrias alimentícias produzissem mais e com maior margem de lucro. Assim sendo, a proposta de fortificação da farinha de trigo não foi percebida como uma vantagem para as empresas. *“Atender ao pedido do dr X estava fora do plano estratégico” (INF20).*

As seguintes palavras sintetizam as primeiras impressões deste Agrupamento:

“Olhe aqui, eles vão nos impor alguma coisa, que as empresas têm que cumprir, onde o Estado não vai por nada, os custos vão aumentar, onde não sabemos qual é a repercussão que isso vai ter”(…) “Por que não fortificam a água? Isso é um serviço público”(…) “eles não têm por que obrigar um grupo em particular ou um setor específico a aumentar parte de seus custos, então a primeira visão não foi positiva” (INF20).

Nesta posição predominava a desconfiança, eles se perguntavam se existia outro tipo de interesses ocultos, por exemplo, interesse da Indústria Farmacêutica A de vender seus produtos. Esta posição foi variando à medida que a equipe técnica mostrava provas e experiências em nível mundial. *“Todo esse tipo de trabalho começou a acalmar um pouco os ânimos” (INF20).*

Depois de convencido, esse Agrupamento desejava tirar alguma vantagem para seus membros, como a regulação de importações de biscoitos que não estivessem fortificados. *“Queríamos ver se podíamos utilizar a desculpa da fortificação para ter uma barreira comercial” (INF20).* Entretanto, o Ministério não aceitou, as regulamentações só iam ser impostas às importações de farinha de trigo. Finalmente o Agrupamento cedeu e aceitou a medida:

“... vimos que várias das ideias originais que estavam sendo apresentadas estavam sendo consideradas com malícia indígena, que talvez quiséssemos tirar proveito da fortificação, de uma perspectiva econômica e comercial, e isso não funcionava assim, então já começamos a ceder nesse aspecto e finalmente nos convencemos de que não, a fortificação é importante, este é o resultado que se deseja atingir. As dúvidas foram esclarecidas” (INF20).

Para o Ministério da Saúde era essencial que a fortificação da farinha de trigo ficasse marcada no âmbito de uma política de saúde pública. Portanto, o processo da negociação não podia permitir que a fortificação fosse utilizada para promover um aumento no consumo do alimento fortificado, porque isso traria novos problemas de saúde à população.

O papel de monitoramento assumido pela equipe técnica do Ministério da Saúde foi apreciado pelos empresários e foi uma boa experiência para esses mesmos técnicos:

“... nunca sentimos que a orientação, pelo menos a que foi dada ao processo pelo Dr. X, foi hostil ou impositiva, mas pelo contrário foi feita em conjunto para buscar um esforço que chegasse a um resultado positivo sobre a redução do problema do canal neural. (...) A relação do Ministério da Saúde com a empresa privada foi muito bem encaminhada, sem ter entrado em nenhum momento em polêmica ou divergência, mas tratando de conseguir que o que foi acertado fosse realista, fosse objetivamente necessário para chegar ao resultado desejado na prática”. (...) não foi um trabalho policial, houve uma tremenda confiança que cada parte interessada estava fazendo o que devia” (INF 19).

Do ponto de vista do dr. X:

“Nós tivemos que revisar a bibliografia (...) em várias ocasiões o gerente do Moinho 2 nos mandava as perguntas por e-mail e nós respondíamos, então foi um diálogo muito proveitoso do ponto de vista técnico”. “... nunca o Ministério fez queixa verbal ou escrito com a indústria, mas que sempre no caso da fortificação tem sido notificações muito técnicas, a cordialidade foi mantida nesse sentido” (INF01).

É possível dizer que o tipo de relação estabelecida pela equipe técnica com os industriais marcou uma experiência diferente para estes últimos com entidades do governo. Esse fato consegue romper com atitudes defensivas, de oposição, inclusive por parte da equipe técnica de burocratização do processo. Foi mencionado em várias entrevistas que o processo foi muito fluido.

“Foi a confiança que permitiu que o projeto fluísse de forma rápida” (INF19).

A redação do decreto

Do ponto de vista dos industriais houve uma grande transparência no processo, sempre houve muita troca de informações ao longo do mesmo, *“todos estávamos muito cientes de tudo” (INF18)*. Os diferentes participantes tiveram acesso à revisão das versões preliminares do decreto e com isso eles foram se comprometendo a cumpri-lo. Por isso, quando a norma é promulgada, os industriais já estavam preparados para implementá-la.

“... nesse momento ocorrem coisas inéditas (...) a mim me pareceu sempre ótima a política do governo e o Ministério da Saúde nisso (...), os problemas se resolviam num tempo razoável e com custos razoáveis (...) eu estava muito contente com este tipo de coisas. (...) a mim, me parece que tudo isso foi muito bem realizado, com um procedimento de informação, de capacitação para nós que tínhamos a responsabilidade de que isso fosse feito... estávamos todos de acordo” (INF18).

Do ponto de vista de uma assessora internacional que participou:

“Tudo foi muito bem combinado... Quando o decreto foi elaborado, os industriais já estavam fortificando. Eles não esperaram que estivesse tudo pronto para dizer agora sim (...) quando as coisas são bem feitas, é muito lógico, caem com seu próprio peso” (INF15).

Do ponto de vista do Departamento de Assuntos Jurídicos do Ministério da Saúde

“o processo foi muito transparente, não se observa pressão nem oposição dos participantes” (INF10).

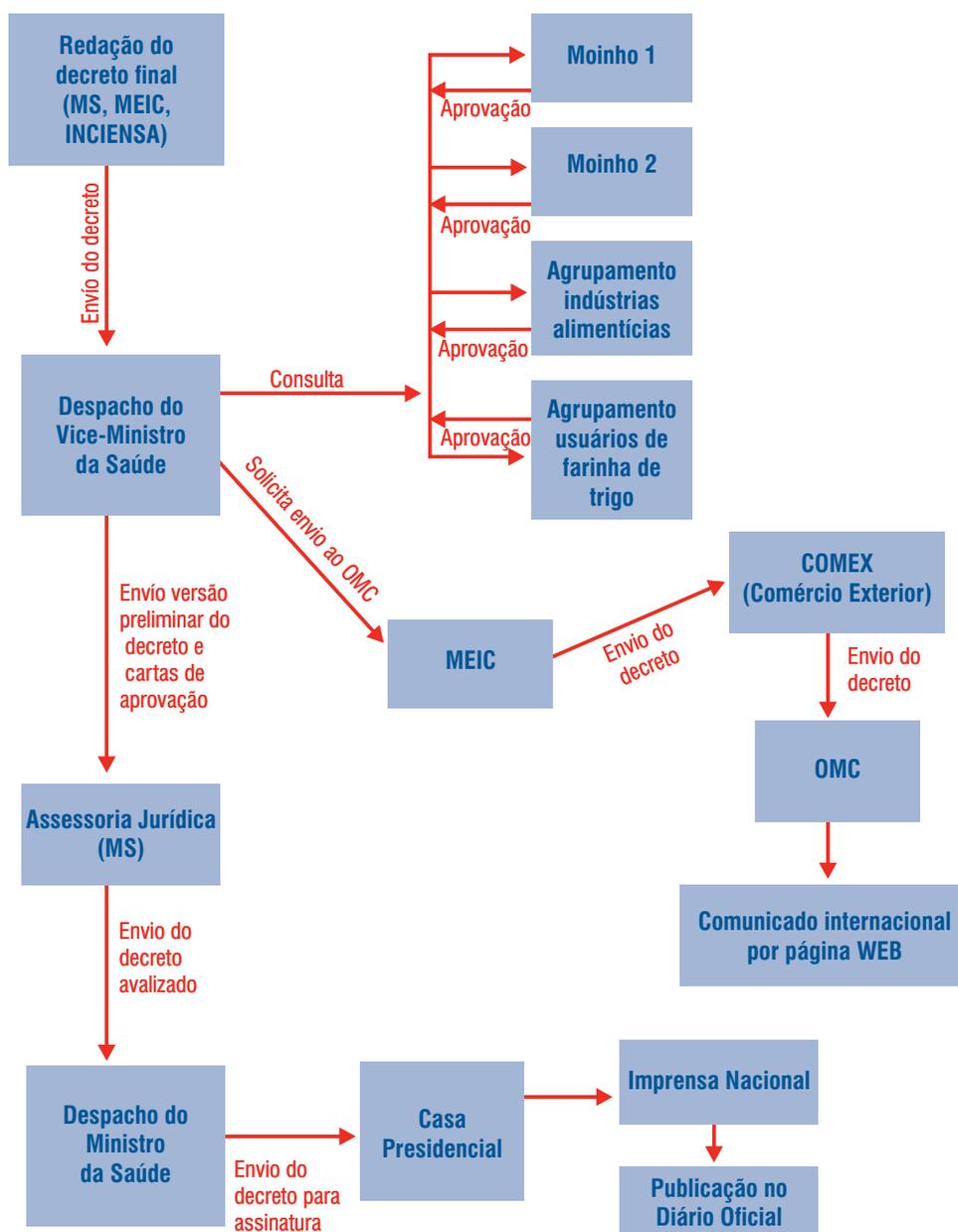
Olhando retrospectivamente, o Ministro de Saúde da época reflete:

“... para que um trem ande bem, tem que dar partida, para dar partida é preciso ter combustível, então trabalhamos em equipe e como a decisão só podia ser tomada como cabeça do grupo, eu a tomei e elaboramos o decreto correspondente” (INF04).

O Ministro da Saúde contava com a credibilidade e apoio do Presidente da República. No caso do presidente havia uma grande identificação com a causa de saúde, ele estava presente em atividades do setor e dava frequentemente opiniões a respeito.

A redação do decreto foi feita por uma das integrantes da equipe técnica do Ministério da Saúde com o apoio da representante do MEIC na revisão da estrutura do decreto e na especificação dos procedimentos a seguir para fazer os trâmites. Decretos da Guatemala foram usados como exemplo, já que esta nação já havia modificado a fortificação da farinha de trigo. A participação desta técnica em workshops centro-americanos sobre fortificação de alimentos havia dado elementos para redigir o decreto. O processo seguido com o decreto está ilustrado no diagrama 4.

Diagrama 4: Aprovação da Política

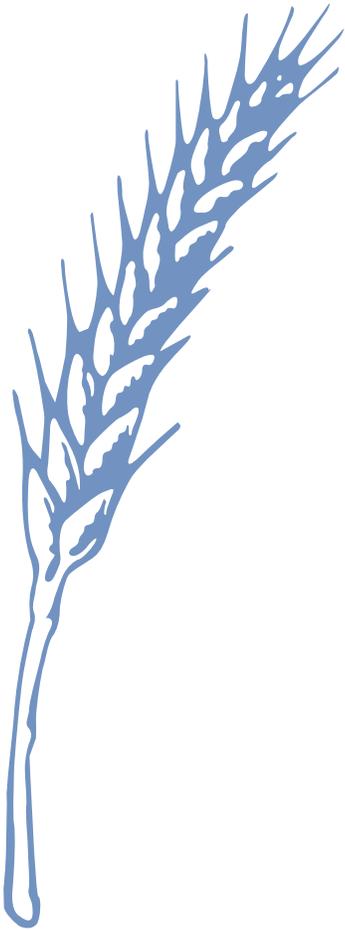


O Decreto Executivo N° 26371-S revoga o Decreto N° 18 e estabelece um Regulamento para o enriquecimento da farinha de trigo de qualidade alimentar. Este regulamento impõe o enriquecimento da farinha de trigo com ferro e ácido fólico e sua reconstituição com tiamina, riboflavina e niacina. Com relação ao Decreto N° 18 a diferença consiste num aumento da dosagem destes micronutrientes, na eliminação de cálcio e na introdução de ácido fólico, como se observa no Quadro I.

Quadro 1: Níveis de Enriquecimento por Decreto

Nutrientes	Decreto N° 18 (1958)		Decreto N° 26371-S (1997)	
	Mínimo (mg/kg)	Máximo (mg/kg)	Farinha de trigo (mg/kg)	Sêmola de trigo (mg/kg)
Tiamina	4,4	5,5	6,0	6,0
Riboflavina	2,6	3,3	4,0	4,0
Niacina	35,2	44,0	55,0	55,0
Ferro (elementar)	28,7	36,4	60,0	60,0 (mínimo)
Cálcio (ion)	1,100,0	1,377,8	—	—
Ácido Fólico	(N/A)	(N/A)	1,5	1,5

Este decreto diz respeito à farinha e sêmola de trigo para o consumo interno, seja este de procedência local ou do exterior. O decreto implicou atualizar equipamentos para a indústria, especificamente para o Moinho I que precisou adquirir dosificadores novos que respeitassem a norma.



VII. CONCLUSÕES

A formulação, negociação e aprovação da política de fortificação de farinha de trigo com ácido fólico se tornaram possíveis graças à conjunção de várias condições favoráveis e à contribuição de vários atores. Vale destacar como um pequeno grupo de técnicos consegue estabelecer alianças e mobilizar participantes para a realização de um objetivo. Eles conseguiram aproveitar conjunturas favoráveis, criar um ambiente de confiança, participação e consenso. Eles conseguiram isso com apoio científico, evidências de êxito em outros países e experiências nacionais bem sucedidas também. Esse pequeno grupo técnico está inserido num contexto histórico elaborado durante décadas pelo Ministério da Saúde. Isso é que dá credibilidade ao seu funcionamento e permite liderar o processo de forma bem sucedida. No Anexo 4, há um resumo das intenções, capacidades, necessidades, alianças e conflitos dos diferentes atores sociais que conseguiram se reunir para a formulação desta política.

No Diagrama 5, está ilustrado o grau de envolvimento dos diferentes participantes no processo de formulação da política. O diagrama se organiza em círculos concêntricos, no centro estão situados os participantes mais implicados no processo e na periferia os que apoiaram o processo, mas de forma mais marginal. Os participantes apresentados em círculos de cor verde indicam uma participação ativa para conseguir um resultado positivo na formulação da política. Os participantes apresentados em círculos sem cor participaram formalmente no trâmite da política, não na sua formulação. E o participante apresentado em cor vermelha se opôs inicialmente ao processo, mas depois conseguiu ser convencido a favor da iniciativa. O tamanho dos círculos também indica o grau de importância dos participantes na negociação.

Uma das autoridades do setor da Saúde, diante da pergunta a quem atribuir o sucesso desta política indica:

“Esta é uma questão que se tornou possível graças a um trabalho em equipe (...) se eu tenho que atribuir a alguém, diria que foi o Ministério, um ministério diretor que tomou a liderança, tanto do componente técnico quanto político. Essas

decisões não teriam sido possíveis sem o grande aporte técnico dos funcionários responsáveis pela área de vigilância nutricional, com todo o trabalho de coleta de informação, pesquisa e análise. Realmente é um êxito do Ministério (...) foi uma medida de saúde pública acima de tudo” (INF05).

Da perspectiva de outra informante do setor público:

“... eu digo que a cabeça foram eles (equipe técnica) e por detrás tiveram uma boa máquina que lhes deu apoio” (INF13).

Da perspectiva dos industriais:

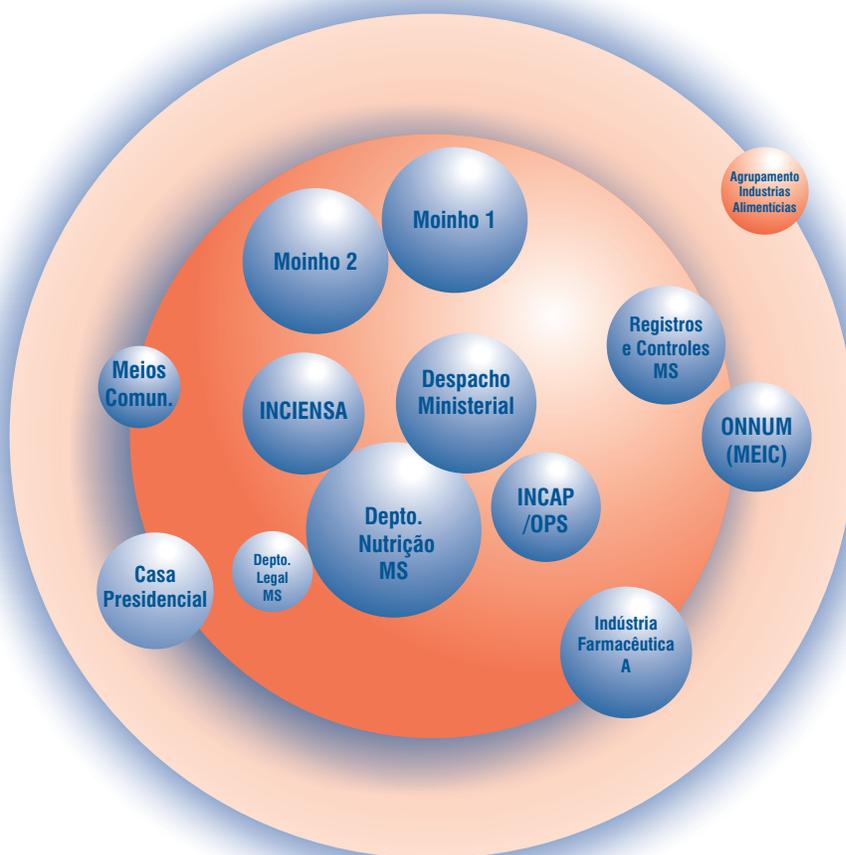
“a coordenação do Ministério da Saúde permitiu chegar a acordos entre nós e a concorrência. (...) Houve coordenação adequada com a indústria” (INF17).

Diagrama 5: Participação dos atores na formulação da política

Apesar do Moinho 1 ter estado historicamente envolvido na fortificação da farinha, sua atitude tinha sido de acatamento à norma ditada, nesta oportunidade, pela primeira vez, ocorre uma participação na elaboração da política. Isso marca uma diferença importante. Nas palavras de um dos informantes: “essa foi a primeira vez que a empresa se aproximou de um processo de política no campo da saúde” (INF17).

Nesse momento, observa-se uma nova forma de fazer política, na qual a equipe técnica consegue criar as condições para uma interação diferente entre setor público e privado. Já não é possível partir de políticas impositivas nem reguladoras do comércio como eram apresentadas pelo Estado em décadas anteriores e é indispensável realizar processos de concertação e convencimento de todas as partes envolvidas para a construção conjunta de uma política.

Nisso, a equipe técnica que lidera o processo, avança para o que mais tarde será conceitualizado



como “responsabilidade social”, onde o objetivo é que os empresários transformem sua visão de responsabilidade baseada unicamente no pagamento de impostos, para que, além disso, assumam um compromisso maior com a sociedade e se envolvam ativamente no desenho e implementação de algumas políticas.

É claro que uma medida sanitária como a fortificação de alimentos seria impossível de conceber sem o processo de industrialização na produção de alimentos e o desenvolvimento tecnológico industrial. Consequentemente, a fortificação precisa do compromisso do setor empresarial e sua vontade para dar seguimento rigoroso ao cumprimento das normas.

Do ponto de vista de uma assessora internacional, a equipe técnica conseguiu desenvolver uma expertise muito apreciada no campo:

“... nem todo mundo tem a arte de negociar, aqui (fortificação) significa muita negociação” (INF15).

Nisso, a equipe técnica também consegue incorporar e por em prática a noção de “defesa”.

“... lembro que eles (equipe técnica) começaram a incorporar alguns conceitos muito interessantes como o tema da defesa, por exemplo. A defesa é uma coisa muito prática e que faz sentido se os interessados têm uma clareza estratégica do que querem fazer, então advogar significa sensibilizar um grupo de gente como os empresários que têm poder econômico, significa sensibilizar certos setores da estrutura do Estado que são os que finalmente se encarregam de elaborar o decreto” (INF16).

Um elemento fundamental que permite orientar a tarefa da defesa é também o enfoque de direitos, no qual o direito à saúde é o eixo da ação em matéria de saúde. Isso é complementado com o da responsabilidade social, ambos deviam ser traduzidos por práticas institucionais e sociais que se tornaram realidade nesta experiência de fortificação.

Entretanto, é importante destacar que no processo de formulação, negociação e aprovação da política, os grandes ausentes foram os beneficiários da política. Não se fizeram consultas às comunidades nem a grupos específicos que representaram a população, só foram informados uma vez que o decreto tinha sido redigido por meio de uma coletiva de imprensa (no dia 27 de maio de 1997). Nisso, primou o Princípio de Beneficência, o Ministério da Saúde tomou a decisão sem consultar a população já que se considerou que a medida não seria prejudicial e que as pessoas confiavam no Ministério da Saúde para tomar as decisões por elas. Isso se observa claramente nas palavras das autoridades de saúde:

“... porque o Ministério da Saúde dizia que ia fazer muito bem, porque gozamos de uma aprovação quase tácita de todas estas medidas que tomamos” (INF04).

Da perspectiva das autoridades em saúde, se partiu de “um benefício provado” onde não existiam consequências negativas, portanto considerou-se que o importante com relação à população era informar e não convencer. Também se partiu de uma visão de eficácia gerencial: “a viabilidade deste tipo de intervenções requer encontrar participantes-chave para evitar desgaste”.

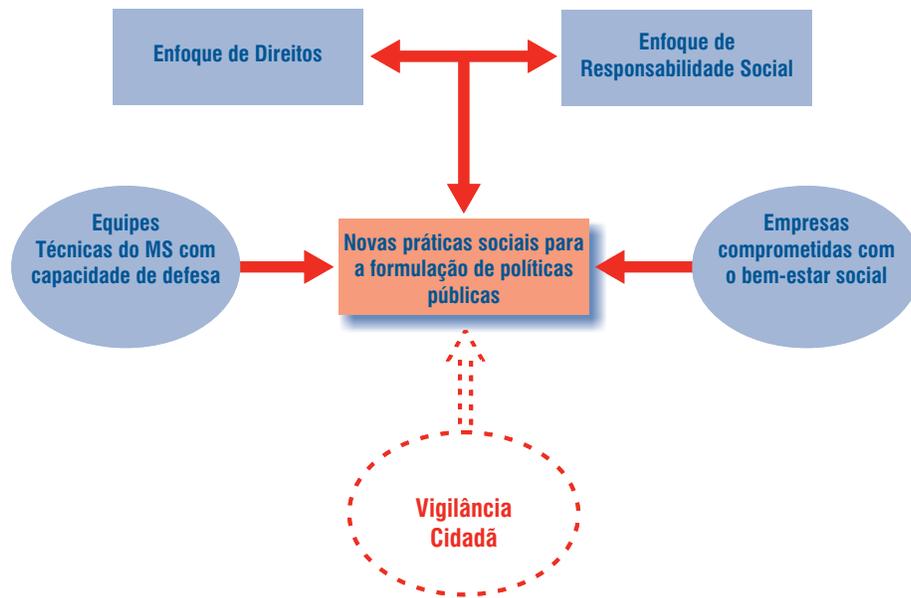
Entretanto, nesta decisão é negligenciado o enfoque de direitos humanos na sua mais ampla concepção, onde a exigibilidade do direito deve ser facultada e zelada pelo Estado. Daí a importância de gerar condições para criar na população uma verdadeira vigilância cidadã, que permita operar como vigilância política que se pode converter em aliada do governo no acompanhamento e vigilância técnica do processo de fortificação. Isso, tal como indica a INF 16, “gera tecido social”. Uma explicação para isso é as características sociais e políticas do país: “temos um estado social muito desenvolvido (...) temos uma visão muito estatizada” (INF16).

Entretanto, estas características podem ser positivas na medida em que o Estado costarricense siga as exigências do livre comércio e a tendência a estabelecer o Estado Mínimo, existe um alto risco de que a população fique sem medidas de proteção. Já que não conta com a experiência nem a capacidade organizacional

para defender seus direitos delegados ao Estado Social por muitos anos.

O Diagrama 6 permite ilustrar o que deveria ser a articulação do enfoque de direitos com o de responsabilidade social para a criação de novas práticas na formulação de políticas públicas.

Diagrama 6: *Linking approaches with new practices for public policy formulation*



prejudicando os Estados Nacionais - não está gerando capacidade institucional. Creio que é preciso acrescentar defesa política, dar um feedback conceitual, conectá-los com as redes, mas tem que ficar claro que quem desenvolve as iniciativas são as instituições governamentais ou as instituições sociais. Os organismos de cooperação são órgãos de facilitação para que essas capacidades institucionais possam ser geradas,

Por sua vez, o apoio de organismos de cooperação internacional mostrou seu indubitável aporte como facilitadores neste processo. Especialmente, o INCAP em sua função de facilitar o fluxo de informação e conhecimentos e assistência técnica, contribuiu para o aprendizado técnico e político no país e na região. A expertise se consegue por sua vez com o fortalecimento da capacidade técnica promovida pelo INCAP, com uma visão regional de formar quadros técnicos, gerar intercâmbio de experiências e oferecer sua assessoria. Por sua vez, o INCAP consegue contar com uma instância decisória e de compromisso e responsabilidade assumida pelas autoridades máximas no setor da saúde de cada país.

Cabe destacar as palavras de um funcionário de organismo internacional entrevistado:

“... o organismo de cooperação que substitui as instituições governamentais – creio que está

seja no campo legal, no campo programático e inclusive no campo da defesa” (INF16).

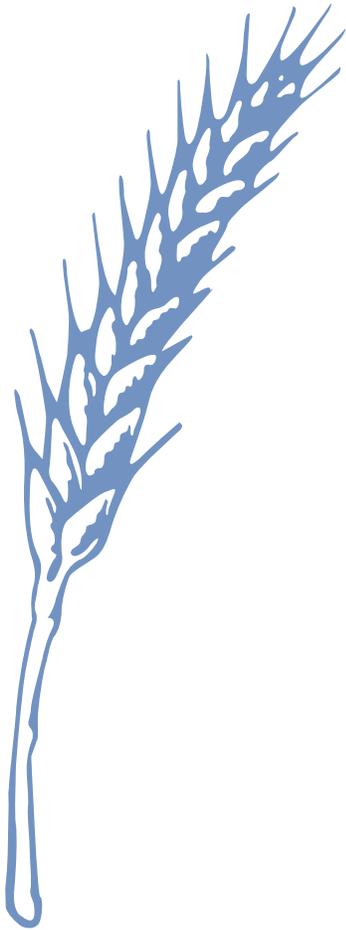
Por sua vez, as reuniões internacionais promovidas por organismos internacionais, nas quais participam tanto os governos como as empresas privadas, serviram para o intercâmbio de experiências, que estimula o desenvolvimento de tecnologias e o aprendizado recíproco.

Da perspectiva de um funcionário de um organismo internacional:

“Cada um dos países mostra sua experiência, seus desenvolvimentos tecnológicos, suas lições aprendidas e também seus problemas ou obstáculos e, portanto, isso faz que outras nações aprendam com a experiência que têm outros países; então isso vai permitindo, uniformizando, padronizando as políticas de saúde na região,

ajuda a construir certos padrões internacionais e permite que flua o conhecimento e a informação” (INF16).

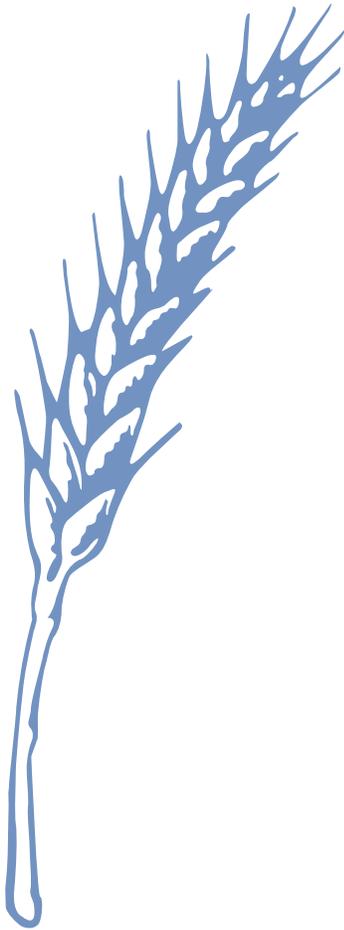
Desta experiência particular de formulação, negociação e aprovação de uma política, podemos tirar lições aprendidas que contribuem para os objetivos do Observatório de Políticas em DNT em nosso país e no resto da região.



VIII. LIÇÕES APRENDIDAS

- Embora as iniciativas de fortificação de alimentos surjam para reduzir a incidência ou prevalência de um problema de saúde, não se deve abandonar as medidas de saúde quando os problemas aos quais se procura dar resposta não existem mais. A experiência mostra que os problemas de saúde podem ressurgir com a interrupção da medida sanitária. Isso constitui uma lição aprendida para a vigilância epidemiológica e é necessário contemplar a sustentabilidade de uma medida ao longo do tempo.
- Tal como mostra o caso analisado, contar com provas sobre um problema de saúde é um requisito indispensável para a formulação de políticas. Pois permite convencer os diferentes participantes que devem envolver-se no processo, lhes dá sustento e possibilita medir os benefícios e impacto da política ao longo do tempo.
- Relacionado com o ponto anterior, a ausência de investimento em estudos epidemiológicos é um ponto fraco por pensar que não é prioridade ou é um luxo. É indispensável a atribuição de recursos permanentes para pesquisas epidemiológicas que permitam ter informação atualizada para dar um feedback aos tomadores de decisões no setor da saúde.
- O papel da Gestão da Saúde se fortalece com iniciativas como a presente, ao conseguir demonstrar sua capacidade de convocar de diferentes instituições e ordenar as ações otimizando os resultados em favor da saúde pública.
- A aliança entre técnicos e políticos se revela fundamental na formulação de políticas públicas. Os técnicos oferecem seu conhecimento da realidade e sua experiência, enquanto os políticos possibilitam a articulação dos diferentes atores sociais e dão assim respaldo às recomendações técnicas.
- A aliança entre o setor público e o privado revela ter um grande potencial na solução de problemas de saúde. Por isso o setor público deve apostar em conseguir o compromisso e o envolvimento da empresa privada no bem-estar social.

- A formulação de uma política pública bem sucedida depende de um verdadeiro trabalho em equipe. O processo de formulação de políticas não é assumido por uma só instituição. Ele precisa da convergência e participação de diferentes instituições.
- Fragmentar as responsabilidades da execução de uma política entre muitos atores sociais, tanto públicos como privados, dá mais chances de sucesso do que a atribuição a um só participante, pois o poder de oposição é maior quando se concentra em poucos atores.
- A clareza com relação ao que cada participante tem que fazer facilita o processo de formulação da política. Por sua vez a transparência com relação à intencionalidade da política permite diminuir as dúvidas e desconfiança que surge diante das novas propostas de políticas.
- O discurso técnico sustentado por prova científica e comunicação assertiva dá congruência e peso junto ao setor privado.



IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência de Saúde Pública de Canadá e Organização Pan-Americana da Saúde (2005) Projeto de Relatório da Metodologia. Centro Colaborador da OMS para as Políticas de DNT, 18 de março.
- Ayala, J. (1997). Economia Pública. Um manual para entender o Estado. Faculdade de Economia, UNAM. México.
- Castro, C. (1997). Iodação do sal: a experiência da Costa Rica na redução do bócio endêmico. Série Monitoramento e Avaliação # 4, UNICEF, San José, Costa Rica.
- Clotey, C. (2005). Marco e metodologia para analisar iniciativas integradas de políticas sobre doenças crônicas. Anteprojeto 2. Centro Colaborador da OMS sobre Políticas relativas às Doenças Crônicas, Agência de Saúde Pública do Canadá. 28 de setembro.
- Declaração da Paz (1996) 6ª Conferência de Esposas de Chefes de Estado e de Governo das Américas. Bolívia.
- FAO (1992). Conferência Internacional sobre Nutrição: uma reafirmação do compromisso de melhorar a nutrição. Roma.
- FAO (1996). Cúpula Mundial sobre a Alimentação. Roma, Itália. 13-17 de novembro.
- Governo da Costa Rica (1997). Plano de Segurança Alimentar Nutricional da Costa Rica 1997-2001. Secretaria da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. San José, Costa Rica.
- Güendel, L. (1997). A Reforma das Políticas de Saúde: entre a sustentabilidade e o estancamento. Na Costa Rica: As políticas de saúde no início da reforma. Série de Políticas Sociais UNICEF. San José, Costa Rica. Pág. 67-127.

- Instituto Nacional de Estatística e Recenseamentos (2001). IX Recenseamento Nacional de População e V de Habitação. Resultados Gerais. San José, Costa Rica.
- Instituto Nacional de Estatística e Recenseamentos (2005). Estatísticas de População. San José, Costa Rica.
- Maignón, T. (1992). As políticas sociais. Discussão Teórica, Conceitual e Metodológica. OPAS/OMS, Programa de Desenvolvimento de Políticas de Saúde. Série de Relatórios Técnicos N° 4. Washington, USA.
- Martín-Baró, I. (1989). Sistema, grupo e poder. Psicologia social da América Central (III), UCA Editores. San Salvador, El Salvador.
- Ministério da Saúde (1996). Relatório Anual 1995. San José, Costa Rica.
- Ministério da Saúde (1997). Análise do Estado Nutricional da População Costarrriquenha 1995-1996. Departamento de Nutrição e Atenção Integral, Seção de Vigilância Nutricional. San José, Costa Rica.
- Ministério da Saúde (1999). Política Nacional de Saúde 1998 – 2002. Ministério da Saúde. San José, Costa Rica.
- Ministério da Saúde (2000). Programa CARMEN. Módulo I: manual educativo para reduzir quatro fatores de risco de doenças não transmissíveis. Diretoria de Desenvolvimento da Saúde. San José, Costa Rica.
- Ministério da Saúde (2002). Análise Setorial de Saúde Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Ministério da Saúde (2002). Metodologia para desenvolver a Política Nacional de Saúde 2002 – 2006. Diretoria de Desenvolvimento da Saúde. Mimeógrafo. San José, Costa Rica.
- Ministério da Saúde (2004). Plano Nacional de Alimentação e Nutrição 2004-2008. SEPAN. San José, Costa Rica.
- Ministério da Saúde (2005). Memória Institucional. San José, Costa Rica.
- Ministério da Saúde, Caixa Costarrriquenha de Seguro Social, Instituto Costarrriquenho de Pesquisa e Ensino em Nutrição e Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde (2005). Protocolo do Estudo de caso: Formulação da Política de Fortificação de Farinha de Trigo com Ácido Fólico. Observatório de Políticas de Doenças não Transmissíveis. San José, Costa Rica.
- Ministério da Saúde, Instituto Costarrriquenho de Pesquisa e Ensino em Nutrição e Saúde (1996). Pesquisa Nacional de Nutrição. Fascículo 2: Micronutrientes. San José, Costa Rica.
- Ministério da Saúde, Instituto Costarrriquenho de Pesquisa e Ensino em Nutrição e Saúde (1997). Pesquisa Nacional de Nutrição 1996. Fascículo 1: Antropometria. Costa Rica.
- Ministério da Saúde, Ministério de Ciência e Tecnologia, Universidade da Costa Rica (2004). Agenda Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde 2005-2010. Ministério da Saúde, San José, Costa Rica.
- Ministério da Saúde. Correspondência de 1995-1997 da Seção de Vigilância Nutricional, Departamento de Nutrição.
- Miranda, G. (1997). Crise e perspectivas do setor saúde para o século XXI: a reforma do setor saúde. Na Costa Rica: As políticas de saúde no início da reforma. Série de Políticas Sociais UNICEF. San José, Costa Rica. Pág 129-170.
- Morice, A. (1998). Análise da situação das doenças crônicas não transmissíveis na Costa Rica. INCIENSA. Três Rios, Costa Rica.

OMS/OPAS (Sfe). Cem anos de saúde - Costa Rica Siglo XX. Capítulo 8. Alimentação e nutrição.

OPAS (1975). Formulação de políticas de saúde. Centro Pan-Americano de Planejamento da Saúde. Programa de Desenvolvimento de Políticas de Saúde da OPAS. Série 7. Washington, USA.

OPAS (1997). Protocolo e diretrizes. Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial de Doenças não Transmissíveis. Programa de intervenção integrada de alcance nacional para doenças não transmissíveis (CARMEN/CINDI).

OPAS e Agência de Saúde Pública do Canadá (2005). Observatório de Políticas de Doenças não Transmissíveis do CARMEN: Componente do estudo de caso, fase I. Centro Colaborador da OMS para Políticas de Doenças não Transmissíveis. Relatório Metodológico. Washington, DC.

OPAS/OMS (Sfe). A prevenção dos defeitos do tubo neural com ácido fólico. Centro de Controle e Prevenção das Doenças.

Oszlack, O e O Donnell, G. (1974). Estado e políticas estatais na América Latina: para uma estratégia de pesquisa. Documento CEDES/ G.E.CLACSO/ 4. Buenos Aires, Argentina.

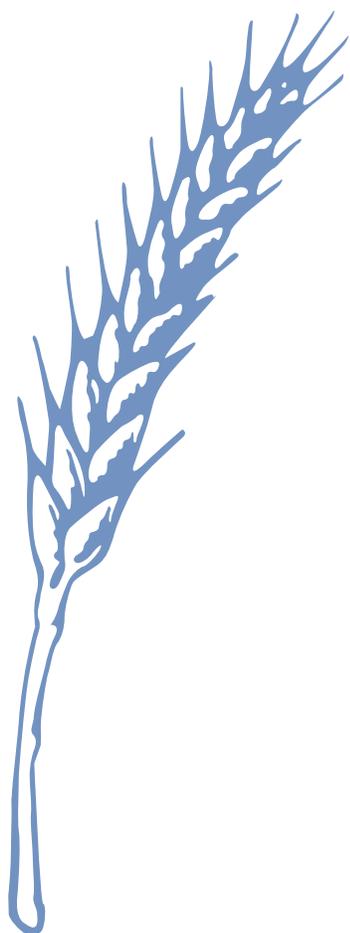
Projeto Estado da Nação (1997). Estado da Nação em Desenvolvimento Humano Sustentável: uma análise ampla e objetiva da Costa Rica que temos a partir de indicadores mais atuais. San José, Costa Rica.

Purcallas, D. (1979). Transformação estratégica em Recursos Humanos no setor da Saúde. PASCAP. OPAS/OMS.

Strauss, A. e Corbin, J. (2002). Bases da pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para desenvolver a teoria fundamentada. Edit. Universidade de Antioquia. Colômbia.

Taylor, S. e Bogdan, R. (1998). Introdução aos métodos qualitativos de pesquisa. Edições Paidós Ibérica. Buenos Aires, Argentina.

Villasuso, J. (1998). Política econômica e social em época de transformação estrutural. Política social e descentralização na Costa Rica. Série de Políticas Sociais UNICEF. San José, Costa Rica.



X. ANEXOS

Anexo I: Manual para a revisão, análise documental e entrevista em profundidade

Conceito Fundamental	Aspectos-chave	Perguntas-chave
1. Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Situação política, social e econômica na Costa Rica no momento de formular a política • Influência do contexto nacional e internacional no momento da formulação da política • População específica beneficiária da ação da política 	<ol style="list-style-type: none"> 1. O que estava ocorrendo em nível nacional e internacional no campo político, econômico e social que pode ter influenciado na formulação de uma política de fortificação da farinha com ácido fólico? 2. Quais eram as prioridades de saúde no momento que surge a iniciativa de fortificação da farinha de trigo com ácido fólico? 3. Quais foram os fatores que permitiram colocar na agenda o tema da fortificação da farinha de trigo com ácido fólico? 4. Qual era a população que se desejava favorecer com a fortificação de farinha com ácido fólico?
2. Ideias	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento da informação na determinação do problema da deficiência de folatos na população e definição de políticas. • Informação existente, quem apresenta e para quem foi apresentada 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Que informação e/ou experiência existia no país com relação à fortificação de alimentos antes que surgisse a proposta de fortificar a farinha de trigo com ácido fólico? 6. Quem tinha conhecimento sobre a fortificação de alimentos com ácido fólico? Que informação tinham a respeito? 7. Quais foram as fontes de informação que permitiram visibilizar o problema nutricional de deficiência de folatos como um problema de saúde pública? 8. Existiam diferentes ideias, valores e estratégias relativos a como enfrentar estes problemas nutricionais? Quais eram e quem os defendia? 9. Qual foi a estratégia informativa utilizada para a formulação da política? Quem promoveu e como foi promovida diante das autoridades de saúde e outros setores envolvidos?

Conceito Fundamental	Aspectos-chave	Perguntas-chave
<p>3. Interesses e conflitos estratégicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indivíduos, grupos, organizações e instituições que participaram na formulação da política • Elementos facilitadores ou obstaculizadores para a formulação e aprovação da política • Contribuições destes grupos • Grupos que lideram a formulação e aprovação da política • Processo de interação entre as diferentes instituições ou organizações durante a formulação e aprovação da política 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Quais pessoas, instituições ou organizações foram identificadas como atores-chave para a formulação e aprovação da política de fortificação da farinha de trigo com ácido fólico? 11. Quem lidera o processo de formulação e aprovação desta política? 12. Quais foram os aspectos que facilitaram ou obstaculizaram a formulação e aprovação desta política? 13. Que interesses e conflitos estavam presentes na formulação e aprovação desta política?
<p>4. Instituições</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Experiência das instituições ou organizações em políticas públicas para a fortificação de alimentos • Estratégias das instituições ou organizações para priorizar necessidades de saúde na população alvo • Mecanismos de participação dessas instituições ou organizações na formulação e aprovação de políticas • Processo e estrutura formal de tomada de decisões dentro das instituições ou organizações 	<ol style="list-style-type: none"> 14. Que experiência tinham as instituições e organizações envolvidas com relação à fortificação de alimentos com micronutrientes? 15. Que mecanismos institucionais facilitaram ou obstaculizaram o processo de formulação e aprovação da fortificação da farinha de trigo com ácido fólico? 16. Em que medida a missão de cada instituição ou organização envolvida facilitou ou obstaculizou a formulação e aprovação da política de fortificação da farinha de trigo com ácido fólico? 17. Qual é o processo e estrutura formal de tomada de decisões referentes a políticas públicas dentro das instituições e organizações envolvidas? 18. Quais foram as estratégias utilizadas por quem liderava o processo para aceder às estruturas formais de tomada de decisões em nível institucional e organizacional e influir na aprovação desta política?

Conceito Fundamental	Aspectos-chave	Perguntas-chave
<p>5. Instrumentos de Política</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opções de política consideradas • Política escolhida e critérios para sua escolha • Política e legislação existente no momento da formulação • Recursos de política disponíveis no momento da formulação 	<p>19. Quais eram as opções que existiam para formular uma política que desse resposta à deficiência de folatos na população?</p> <p>20. Por que foi escolhida a fortificação de farinha de trigo com ácido fólico como a melhor opção para enfrentar este problema nutricional?</p> <p>21. Com que instrumentos legais contava o Ministério da Saúde para a formulação e aprovação de uma política de fortificação da farinha de trigo com ácido fólico?</p> <p>22. Que outros recursos foram utilizados pelas instituições e organizações para formular e aprovar esta política?</p>
<p>6. Plano de ação da política</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de um Plano de Ação • Momentos do Plano de Ação • Atores envolvidos na elaboração do Plano de Ação • Elementos facilitadores ou obstaculizadores do Plano de Ação 	<p>23. Existe um Plano de Ação para a fortificação da farinha de trigo com ácido fólico?</p> <p>24. Que momentos foram identificados na formulação do Plano de Ação?</p> <p>25. Quem foi envolvido na elaboração desse Plano de Ação?</p> <p>26. Que instituições e organizações estão envolvidas nesse Plano de Ação e quais são as responsabilidades atribuídas a cada setor?</p> <p>27. Que elementos facilitaram ou obstaculizaram o processo de formulação do Plano de Ação?</p> <p>28. Em que medida esse Plano de Ação responde ao que se desejava alcançar no início do processo de formulação da política?</p>

Anexo 2: Carta para informantes-chave

DATA: _____

TÍTULO DO ESTUDO: Formulação da Política de Fortificação de Farinha de Trigo com Ácido Fólico
— Caso COSTA RICA

Prezado (a) _____ (informante-chave):

Como parte de um Projeto Inter-países, a Organização Pan-Americana da Saúde, o Ministério da Saúde, a Caixa Costarriquenha de Seguro Social e o Instituto Costarriquenho de Pesquisa e Ensino em Nutrição e Saúde, solicitam a sua anuência para participar de uma pesquisa que pretende analisar e comparar o processo de formulação e aprovação de Políticas Públicas em três países: Canadá, Brasil e Costa Rica.

O estudo de caso para a Costa Rica tem como base a análise do **“Processo de Formulação da Política de Fortificação de Farinha de Trigo com Ácido Fólico”** e o objetivo da mesma é analisar a formulação, negociação e aprovação da política de fortificação de farinha de trigo com ácido fólico, no intuito de gerar provas científicas para a formulação de políticas públicas no setor da saúde.

Deste estudo participam todas as pessoas que depois de uma ampla pesquisa relacionada ao tema da fortificação da farinha de trigo se identificaram como *“informantes-chave”* por sua participação ativa, conhecimento, experiência e trabalho com o tema da política de fortificação de farinha de trigo com ácido fólico no país; pois suas contribuições para reconstruir o processo são realmente importantes para este estudo.

Se você aceitar colaborar, solicitamos um espaço de tempo para entrevistá-lo com o propósito de conhecer sua perspectiva como pessoa envolvida no processo de formulação e aprovação da política.

A entrevista terá uma duração aproximada de 90 minutos na hora e no lugar a ser combinado. Pelas características do estudo, mais de um encontro poderá ser realizado com o intuito de definir o objetivo da entrevista. As entrevistas serão realizadas por dois pesquisadores capacitados; um a conduzirá e o outro tomará notas durante a mesma. As entrevistas serão gravadas em fita K7, com seu consentimento prévio, dado que este tipo de estratégia permite aos pesquisadores recuperar o máximo de sua contribuição, mas se considerar que algumas de suas contribuições não devem ser gravadas na fita, você pode comunicar o fato aos entrevistadores; depois as entrevistas serão transcritas por pessoas capacitadas para isso. Uma vez feitas as transcrições, você deverá revisar o texto para garantir que o documento reflita sua contribuição e poderá corrigir ou acrescentar a informação que considere pertinente.

A informação que será transmitida, assim como seus dados pessoais são confidenciais. Uma vez que tenha transcrito e revisado a conversa, o conteúdo das fitas será apagado e nas transcrições não se identificará seu nome, mas só um código.

Os resultados da análise das entrevistas serão comparados com os outros estudos realizados no Brasil e no Canadá e poderão ser divulgados e publicados em relatórios ou documentos científicos no âmbito nacional e internacional.

A participação neste estudo não envolve nenhum custo para o participante; não foram identificados potenciais riscos ou benefícios por sua participação neste estudo; entretanto, 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 se retirar do mesmo assim que desejar. Da mesma forma, você terá acesso aos resultados finais da pesquisa.

Se desejar obter mais informações sobre o estudo, por favor comunique-se com a coordenadora do mesmo nos telefones citados abaixo.

Antecipadamente, muito obrigado por sua colaboração,

Atentamente,

Coordenadora do Projeto
M.Sc. Melany Ascencio,
Unidade de Estudos Estratégicos
Departamento de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde
Ministério da Saúde
Tel. 257 31 18
didt-uee@netsalud.sa.cr

Annex 3: Formulário de consentimento informado

DATA: _____

TÍTULO DO ESTUDO: “Estudo Internacional para o estabelecimento de um Observatório de Políticas em Saúde” — Caso COSTA RICA

Eu, _____, li e entendi as explicações dadas na carta anterior, sobre o estudo sobre Políticas em Saúde realizado pela OPAS, o Ministério da Saúde, a CCSS e o INCIENSA. Este estudo pretende analisar e comparar o processo de formulação e aprovação de Políticas em Saúde em três países: Canadá, Brasil e Costa Rica. O estudo de caso para Costa Rica tem como base a análise do “**Processo de formulação, negociação e aprovação da Política de Fortificação de Farinha de Trigo com ácido fólico**”.

Entendo que vou participar de uma entrevista de aproximadamente 90 minutos, que será gravada e transcrita. Além disso, se assim o desejar, com antecedência posso conseguir uma cópia dos assuntos que serão tratados na entrevista. Também sei que depois da entrevista deverei revisar a informação transcrita para verificar a informação, corrigir ou ampliar a mesma. Também compreendo que a informação que eu der é confidencial e que a análise da mesma será comparada com a de estudos similares que se realizam no Brasil e no Canadá. Da mesma forma, estou consciente de que os resultados deste estudo serão divulgados e publicados em nível nacional e internacional.

Estou informado(a) que não se conhecem riscos ou benefícios devido a minha participação neste estudo que não representa para mim nenhum custo econômico. Também sei que posso decidir não participar do mesmo ou retirar-me no momento que desejar.

Li e compreendi a carta informativa e este formulário de consentimento. Além disso, sei que posso entrar em contato com a coordenadora nos telefones abaixo, se desejar mais informação a respeito do desenvolvimento da pesquisa.

Sim, estou de acordo em participar neste estudo como informante-chave

NOME DO INFORMANTE	IDENTIDADE	ASSINATURA
NOME DATESTEMUNHA	IDENTIDADE	ASSINATURA
M.Sc. Melany Ascencio		
NOME DACOORDENADORA	IDENTIDADE	ASSINATURA

M.Sc. Melany Ascencio,
Unidade de Estudos Estratégicos
Departamento de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde
Ministério da Saúde
Tel. 257 31 18
didt-uee@netsalud.sa.cr

Notas:

Você receberá o documento original que assinou e uma cópia ficará com os coordenadores do estudo.

O documento desta pesquisa está à sua disposição se desejar consultá-lo.

Anexo 4: Intenções, capacidades, necessidades, alianças e conflitos dos diferentes participantes no momento da formulação da política

Participantes	Intenções	Capacidades	Necessidades	Alianças e Conflitos
Autoridades do Ministério da Saúde	<p>As autoridades de saúde do novo governo assumem o desafio de fortalecer a atenção primária e com isso a promoção da saúde e programas preventivos.</p> <p>O Plano do governo (1994-1998) que orienta a atuação no setor da saúde identificou como prioridade combater a anemia por deficiência de ferro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão em matéria de saúde • Poder para convocar a os distintos setores • Poder para decidir prioridades em saúde e intervenções das mesmas • Poder para alocar fundos para atividades em saúde 	<p>Recuperar a “credibilidade” do Ministério da Saúde. “O Ministério não tinha recursos”. “Era preciso implementar a gestão, fazer o Ministério julgar o papel que foi chamado a desempenhar” (INF04)</p>	<p>Alianças:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presidência da República • Equipe técnica do Departamento de Nutrição • INCAP • Moinhos de trigo <p>Conflitos:</p> <p>Negociações com os padeiros para eliminar o bromato de potássio da farinha haviam gerado resistência e oposição. Estas foram paralelas à negociação de fortificação da farinha com ácido fólico.</p>

Participantes	Intenções	Capacidades	Necessidades	Alianças e Conflitos
Departamento de Nutrição do Ministério da Saúde	Zelar pelo bom estado nutricional da população, através de pesquisas que evidenciem a situação nutricional costarriquenha e monitoramento de ações encaminhadas para melhorar o estado nutricional da população	<ul style="list-style-type: none"> • Contar com um Grupo Técnico de Vigilância Nutricional do Ministério da Saúde capaz de liderar o processo de formulação, negociação e aprovação de políticas de fortificação de alimentos • Conhecimentos nutricionais • Experiência em pesquisa nutricional • Experiência em negociação com industriais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respaldo político, técnico e econômico para realizar a Pesquisa Nacional de Nutrição e desenvolver as intervenções mais adequadas para enfrentar os problemas de saúde ou estado nutricional da população. • Contar com apoio político e da empresa privada para dar resposta aos problemas de saúde que evidenciados na Pesquisa. • Contar com critérios técnicos e tecnológicos para garantir que o processo de fortificação cumpra com os requisitos 	<p>Alianças:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoridades em Saúde • INCIENSA • INCAP • Indústria Farmacêutica A • Indústrias Farinheiras
Instituto Costarriquenho de Pesquisa e Ensino em Nutrição e Saúde (INCIENSA)	Apoiar o Ministério da Saúde na vigilância epidemiológica e nutricional e no controle de alimentos fortificados	<ul style="list-style-type: none"> • Contar com o laboratório de análise de alimentos desde 1989. Depois, o Centro Nacional de Referência e Micronutrientes, desde 1997 trabalham com fortificação de alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação de recursos humanos • Financiamento de insumos para as análises de laboratório requeridos na Pesquisa de Nutrição 	<p>Alianças:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estreita relação com o MS, com a Vigilância Nutricional • INCAP
Ministério da Economia e Comércio (MEIC)	Regular os produtos nacionais e as importações com normas nacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Contar com um instrumento legal para regular a indústria nacional. • Amplo conhecimento e experiência no tema de regulação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contar com critérios atualizados para a regulação de produtos nacionais e de importação 	<p>Aliança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Saúde

Participantes	Intenções	Capacidades	Necessidades	Alianças e Conflitos
<p>Instituto de Nutrição da América Central e do Panamá (INCAP)</p>	<p>Orientado para a “gestão de conhecimento” (INF14).</p> <p>Busca contribuir ao desenvolvimento da ciência da nutrição, promover sua aplicação e fortalecer a capacidade dos países membros para resolver seus problemas alimentares nutricionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Experiência na condução e desenvolvimento de pesquisas nutricionais na região • Conhecimento técnico na identificação de deficiências nutricionais, população de risco e medidas para atender as deficiências nutricionais. • Capacidade de formar quadros técnicos especialistas em nutrição na região • Experiência em formulação de política pública. • Possuir recursos técnicos e econômicos para acompanhar processos de vigilância nutricional nos países da região. • Contar com uma área de ciência e tecnologia especializada em análise bioquímica • Contar com um Conselho Consultivo conformado com os Diretores Gerais de Saúde da região e um Conselho Diretor formado pelos Ministros de Saúde da região. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que se cumpram os acordos de fortificação de alimentos na América Central. • Contar com provas e experiência em fortificação em algum país da região para tomá-lo como exemplo e tentar implementar a ação no resto dos países. 	<p>Alianças:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos técnicos na América Central • Autoridades de Saúde

Participantes	Intenções	Capacidades	Necessidades	Alianças e Conflitos
Moinho I	<p>Produzir farinha de trigo de boa qualidade em nível nacional e garantir a confiança dos consumidores no produto nacional (“com igual ou melhor qualidade que a farinha dos Estados Unidos” INF18).</p> <p>Desde a sua origem tem uma identificação com as políticas de fortificação e compromisso com o bem-estar social: “sentido solidário e abrangente que a orienta” (INF17). “Sumamente sensível do ponto de vista social(...) uma empresa que se preocupa com a saúde da população”(INF18)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Basta experiência em produção de trigo e em fortificação de farinha de trigo com complexo vitamínico • Capacitação no tema de fortificação de farinhas em outros países. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior regulamentação das importações de farinha no país. Combater a concorrência desleal. • Incrementar a qualidade do produto para responder de melhor forma à concorrência internacional. “Com a abertura do mercado, a concorrência é forte, a qualidade da farinha é um fator competitivo importante”(INF18) 	<p>Alianças:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde sua criação se dá uma relação estreita com o governo (Ministério da Saúde, CNP, MEIC) • Câmara de Indústrias • Associação internacional de produtores de trigo. • Agrupamento de Indústrias Alimentícias

Participantes	Intenções	Capacidades	Necessidades	Alianças e Conflitos
Moinho 2	Procura ser mais competitivo e atraente para sócios comerciais e assim ter acesso a mais mercados de nível internacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Contar com laboratório • Experiência na produção de farinha de trigo. • Recursos técnicos e tecnológicos para a fortificação da farinha com complexo vitamínico • Conhecimento das preocupações sobre fortificação da farinha por participar em congressos e assembleias internacionais de moinhos, nos quais eram dadas informações sobre a importância da fortificação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfazer as necessidades de seus sócios comerciais. • Que a farinha produzida fosse fortificada com a norma USBA, para que seu sócio comercial produtor de massa conseguisse exportar para o mercado norte-americano. • Estabelecer a dosagem adequada do complexo vitamínico na farinha e na sêmola de trigo. • Oferecer um produto de melhor qualidade para atender às necessidades do consumidor. 	<p>Alianças:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sócios comerciais • Agrupamento de Indústrias Alimentícias • Câmara de Indústrias • Equipe técnica

Participantes	Intenções	Capacidades	Necessidades	Alianças e Conflitos
Fabricantes de massas	<p>Produzir massas de qualidade competitiva no mercado internacional</p> <p>Exportar massas fortificadas aos Estados Unidos com as normas USBA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso econômico para a produção e exportação de massas. • Constituir um sócio comercial importante para os moinhos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expandir suas fronteiras comerciais, exportando massas aos Estados Unidos da América. • Contar com sêmola de trigo para a produção de massas que cumpra com as normas de qualidade estabelecidas nos Estados Unidos • Evitar que os micronutrientes aplicados à farinha de trigo não envolvam mudanças organolépticas no produto nem se percam quando submetidos a altas temperaturas para produzir a massa 	<p>Alianças:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moinhos

Participantes	Intenções	Capacidades	Necessidades	Alianças e Conflitos
Indústria Farmacêutica A	Empresa dedicada à fabricação de vitaminas e outros nutrientes	<ul style="list-style-type: none"> • Contar com uma divisão de vitaminas onde se analisava a atividade biológica e metabólica das vitaminas. • Informação sobre pesquisas científicas do uso de ácido fólico para diminuir a incidência de problemas do tubo neural. • Informação sobre atividades de fortificação em todo o mundo. • Distribuição de artigos científicos junto a governos e indústrias • Recursos econômicos e técnicos fornecem a pré-mistura a moinhos e acompanham o processo de dosagem e regulação da mistura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vender a pré-mistura aos moinhos nacionais como da região. 	<p>Alianças:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seção de Vigilância Nutricional MS • Moinho I

Participantes	Intenções	Capacidades	Necessidades	Alianças e Conflitos
<p>Agrupamento de Indústrias Alimentícias</p>	<p>Defender os interesses dos industriais nacionais dedicados à produção tanto de matéria prima como de alimentação.</p> <p>Sua preocupação era melhorar a competitividade da indústria alimentícia. As políticas públicas como a fortificação de alimentos “<i>não faziam parte das prioridades</i>”(INF20)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Representação do setor industrial alimentício. • Possuir conhecimento das necessidades de seus clientes no mercado, tanto dos grandes como dos pequenos produtores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter vantagens competitivas sobre os produtos importados. • Tornar as empresas mais produtivas • Diferenciar-se da Câmara das Indústrias • Governo deveria ter uma política de apoio ao setor 	<p>Alianças:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agremiados <p>Conflitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro do agrupamento havia conflito de interesses dos produtores de farinha e das indústrias alimentícias que precisavam de farinha para seus produtos • O governo e suas instituições se viam desvinculados da realidade da indústria. Existiam problemas com a burocracia e trâmites exigidos pelo Ministério da Saúde no registro e controles de alimentos.

