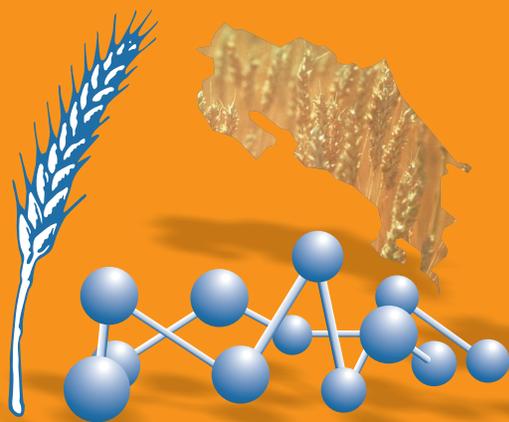


CONVERGÊNCIA DE INTERESSES NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS SOBRE A NUTRIÇÃO

Análise comparativa dos estudos de caso na Costa Rica, Brasil e Canadá



Informação Nutricional	
Porção de 125 mL (87 g)	
Quantidade	% Valor diário
Calorias 80	
Gordura 0.5 g	1 %
Saturada 0 g	
+ Trans 0 g	0 %
Colesterol 0 mg	
Sódio 0 mg	0 %
Carboidrato 18 g	6 %
Fibra 2 g	
Açúcares 2 g	8 %
Proteína 3 g	
Vitamina A 2 %	Vitamina C 10 %
Cálcio 0 %	Ferro 2 %

Relatório do Observatório de Políticas CARMEN de doenças não transmissíveis 2007



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada

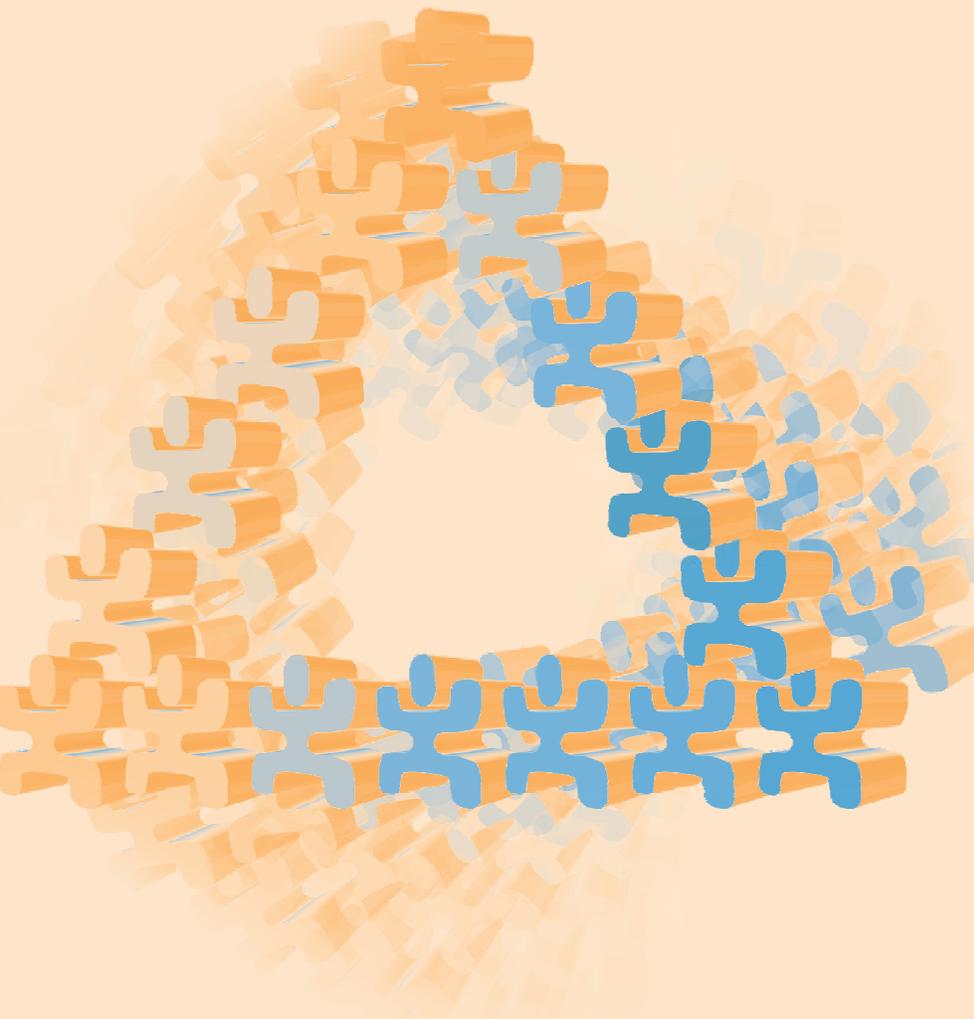


**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde



CARMEN



CONVERGÊNCIA DE INTERESSES NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS SOBRE A NUTRIÇÃO

Análise comparativa
dos estudos de caso
na Costa Rica, Brasil
e Canadá

Ellen Vogel

Faculdade de Ciências da
Saúde, Instituto de
Tecnologia da Universidade
do Ontário

Sandra Burt

Departamento de
Ciências Políticas,
Universidade de
Waterloo

John Church

Centro de Estudos para a
Promoção da Saúde,
Universidade de Alberta

Em colaboração com os
Grupos de trabalhos técnicos no
Canadá¹, Costa Rica², e Brasil³

Agradecimentos:

Os autores agradecem os membros dos Grupos de
Trabalhos Técnicos no Canadá, na Costa Rica e no
Brasil por sua contribuição. Agradecimentos especiais à
Dra. Sylvie Stachenko, Administradora-chefe Adjunta da
Agência de Saúde Pública do Canadá, pela sua liderança
e apoio constante.

Financiamento:

O presente estudo foi financiado pela Agência
de Saúde Pública do Canadá em parceria com
a Organização Panamericana de Saúde. As
opiniões expressas nesse relatório são as dos
autores e não refletem necessariamente os
pontos de vista dos financiadores da pesquisa.

¹Grupo de trabalho técnico de estudo de caso canadense:

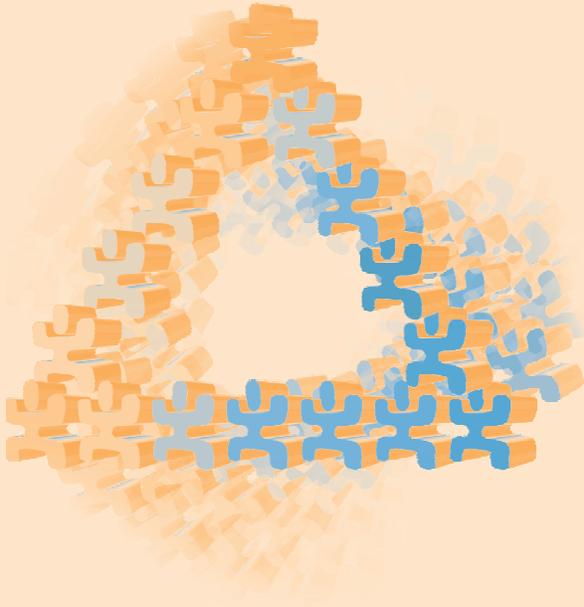
Dra. Ellen Vogel, Dra. Sandra Burt, Ann Ellis, Nora Lee, Christina Zehaluk, Ranu Sharma, Barbara Legowski, Lise Mathieu.

²Grupo de trabalho técnico de estudo de caso costarrriquenho:

Luis Tacsan, Roberto del Aguila, Melany Ascencio, Ana Eduviges Sancho, Fernando Herrera, Guiselle Guzmán, Lorena Agüero, Ileana Quirós, Gabriela Solano, José Alberto Sequeira, Marta López, Gioconda Padilla, Jessica MacDonald.

³Grupo de trabalho técnico de estudo de caso brasileiro:

Dra. Denise Bomtempo Birche de Carvalho, Dra. Deborah Carvalho Malta, Dra. Elizabeth Carmen Duarte, Lenildo de Moura, Otaliba Libânio de Moraes Neto, Ana Beatriz Vasconcelos, Anelise Rizzolo, Marília Leão.



RESUMO

Nesse estudo de caso realiza-se uma análise comparativa de três estudos de caso em nutrição em três jurisdições nacionais: Costa Rica, Brasil e Canadá. Em cada estudo de caso empregou-se uma metodologia comum para examinar os processos complexos utilizados na formulação e aprovação das políticas de nutrição em nível estatal. Nosso quadro conceitual considerou os contextos, as idéias, a natureza e a disponibilidade de evidências, interesses e conflitos em matéria de política, instituições, instrumentos de política e planos de ação. O levantamento de dados incluiu a análise de documentos, e entrevistas com informantes-chave representantes do governo, da indústria, da comunidade acadêmica e do setor voluntário (20 na Costa Rica; 16 no Brasil; e 24 no Canadá).

Houve um alto nível de convergência de interesses entre os participantes dos três países, e essa convergência facilitou o processo de desenvolvimento da política intersectorial. Os fatores de sucesso foram, entre outros: (a) documentos estratégicos nacionais e/ou internacionais sobre política articulando a visão e recomendando ações; (b) a adoção imediata pelos participantes do panorama de saúde da população; (c) processos inovadores de gestão da mudança conduzidos por líderes internos com acesso tanto à competência técnica quanto ao apoio político de alto escalão; e d) uma base sólida de evidências,

incluindo dados de custo/benefício, estudos respaldados pela indústria, e pesquisa junto aos consumidores.

Nossas constatações foram construídas com base em um quadro descritivo da capacidade de elaboração de políticas (CEP) em três níveis: individual, organizacional e de sistema. Em termos gerais, descobrimos que onde há uma CEP “alta” em nível individual e de sistema, uma proposta de política pode resultar numa política bem-sucedida, mesmo quando a CEP organizacional é “média”. Lacunas na CEP organizacional incluem falta de recursos, processos de política descontínuos, fragmentação das políticas e programas de saúde; comunicação insuficiente com os grupos interessados, e a compartimentação política.

Embora cada estudo de caso conte uma história importante de inovação da política, até avaliarmos o processo de implementação (segunda etapa da nossa pesquisa), não podemos ter certeza de que as metas foram efetivamente alcançadas com sucesso. As recomendações pediam melhoria das oportunidades de formação e pesquisa aplicada para os gestores de alto escalão, incluindo a instauração de diálogos sobre política internacional, para formar uma CEP em prevenção integrada de doenças crônicas e em estratégias de controle.

Palavras-chaves: *Nutrição; formulação de política; estudo de caso; saúde da população.*

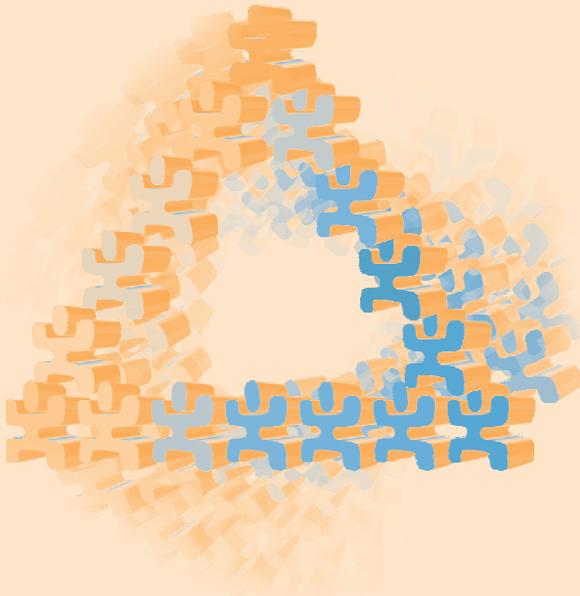


ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
Figura 1: Tomada de decisões baseada em provas	2
Fundamento para estudos de caso sobre a nutrição	2
METODOLOGIA	4
RESULTADOS	5
Parte A: Panorama geral dos estudos de caso em nutrição	5
Costa Rica: Formulação da política sobre fortificação da farinha de trigo com ácido fólico	5
LIÇÕES APRENDIDAS	6
Brasil: Observatório de Doenças Crônicas não Transmissíveis – Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) 1999–2005	6
LIÇÕES APRENDIDAS	7
Canadá: Convergência de interesses em matéria de rotulagem: conseguir consenso sobre uma questão complexa	7
LIÇÕES APRENDIDAS	8
Parte B: Capacidade de elaboração de políticas em três níveis: individual, organizacional e de sistema	9
Quadro 1: Capacidades de elaboração de política em três níveis: individual, organizacional e de sistema	9
1. Capacidade de elaboração de política individual	10
2. Capacidade de Elaboração de Política Organizacional	10
3. Capacidade de Elaboração de Políticas do Sistema	11
Conclusões e Recomendações	12
Figura 2: Desenvolvimento da capacidade de elaboração de políticas em três níveis: individual, organizacional e de sistema	12
REFERÊNCIAS	14
ANEXO	16
Anexo 1: Estrutura analítica – Etapas de formulação de políticas	16



INTRODUÇÃO



Estudos conduzidos pelas redes CINDI⁴ e CARMEN⁵ da Organização Mundial da Saúde documentam os desafios comuns da política da saúde nas Américas (Organização Pan-Americana de Saúde, 2006). Atualmente, há escassez de dados para ajudar os tomadores de decisão na avaliação de políticas que visam ao mesmo tempo a prevenção e o controle de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) tais como a obesidade, o diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, hipertensão e derrame, além de alguns tipos de câncer (OMS, 2004). Em 2001, as DCNT representavam 60% do total de 56,5 milhões de óbitos relatados no mundo e 46% da carga global de doença. Até 2020, projeta-se um aumento de, respectivamente, 73% e 60% (OMS, 2002).

Em 2003, reconhecendo a necessidade de fortalecimento das medidas de controle e prevenção de DCNT, os Estados-Membros da Organização Panamericana de Saúde pediram ao Canadá⁶ que exerça a liderança no

estabelecimento do primeiro Observatório CARMEN de políticas referentes às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. A meta do Observatório era a de apoiar o desenvolvimento de políticas integradas de prevenção de doenças crônicas por meio da análise sistemática dos processos de formulação, aprovação e implementação de políticas.

As estratégias de prevenção integradas se referem à determinação e à comparação simultâneas de múltiplos fatores de risco comuns a várias DCNT (ao contrário de um processo que trataria várias doenças individuais separadamente). Especificamente, a prevenção integrada de doenças crônicas consiste em:

Intervenções que abordam fatores de risco comuns através do sistema de saúde e de outras estruturas comunitárias existentes... um enfoque abrangente que combina várias estratégias de implementação; ação intersectorial destinada à implementação das políticas de saúde cuja finalidade é a de abranger os mais importantes determinantes da saúde que estão fora do alcance do sistema de saúde; esforços que combinam abordagens de população e alto risco vinculando ações de prevenção de vários

⁴ Sigla para o programa "Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention" [Intervenção Nacional Integrada contra Doenças Não-Transmissíveis], uma iniciativa do Escritório Regional da OMS para a Europa.

⁵ Sigla em espanhol para *Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No-transmisibles*. CARMEN, [Conjunto de ações para a redução multifatorial de doenças não-transmissíveis], uma iniciativa do Escritório Regional da OMS para as Américas, e promovido pela OMS.

⁶ O Centro de Colaboração da OMS para políticas relativas às

DCNT está localizado no Centro de Prevenção e Controle de Doenças Crônicas da Agência de Saúde Pública do Canadá (ex-Ministério da Saúde do Canadá).



componentes do sistema de saúde, incluindo a promoção de saúde, serviços públicos de saúde, atendimento primário e atendimento hospitalar. (CARMEN, 2007).

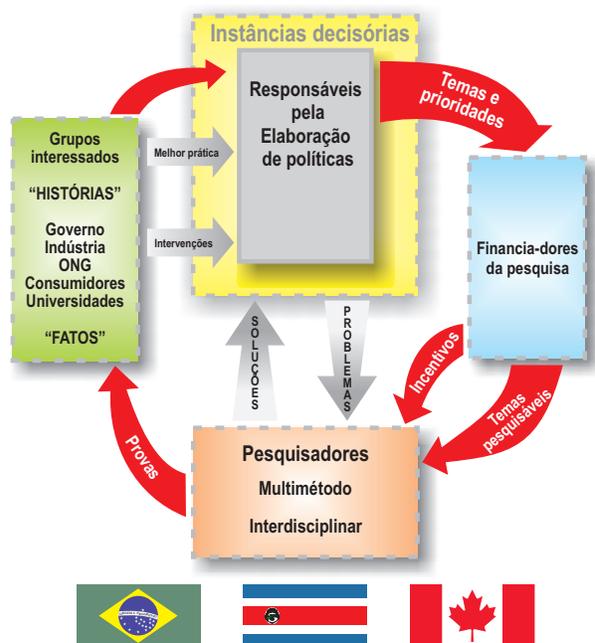
Em 2004, o financiamento proveniente da Diretoria dos Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde do Canadá levou adiante o conceito de observatório de políticas. Um projeto inicial envolveu três estudos de caso piloto, implementados em 2005-2006 na Costa Rica, no Brasil e no Canadá. Cada estudo de caso analisou a formulação e os processos de aprovação das políticas de nutrição em nível estatal. Com uma metodologia comum, os Grupos Técnicos de Trabalho dos três países examinaram as seguintes questões relevantes de pesquisa:

- ▲ Quais foram os processos utilizados para a formulação e aprovação das políticas de nutrição?
- ▲ Quais foram as principais condições e fatores que influenciaram a formulação e a aprovação das políticas de nutrição?
- ▲ Quais foram as lições aprendidas sobre a abordagem intersetorial na formulação e aprovação de políticas?

Os Grupos Técnicos de Trabalho incluíram gestores de alto escalão (p. ex.: analistas políticos, gestores de programa) e pesquisadores acadêmicos com competência em áreas relacionadas ao estudo. Na Figura 1, apresentamos o modelo no qual se apóia o delineamento da pesquisa⁷ e que destaca a interação entre formuladores de política, acadêmicos e financiadores em todas as etapas do processo. Os Grupos Técnicos de Trabalho colaboraram por meio de uma série de workshops técnicos, teleconferências e trocas regulares de mensagens eletrônicas.

⁷ A Figura 1 foi adaptada da Fundação Canadense de Investigação sobre Serviços de Saúde (1998), *Growth through innovation: 1998 Annual Report*. A Figura 5, Evidence-based decision-making: Where to focus for improvement, pág. 38. Disponível acessando: http://www.chsrf.ca/other_documents/annual_reports/pdf/1998_e.pdf. Consultado em 30 de julho de 2007.

Figura 1: Tomada de decisões baseada em provas



Nota: A Figura 1 foi adaptada da Fundação Canadense de Pesquisa de Serviços de Saúde (Canadian Health Services Research Foundation) (1998). *Growth through innovation: 1998 Annual Report*. Figura 5, Evidence-based decision-making: Where to focus for improvement, p. 38. Disponível acessando: http://www.chsrf.ca/other_documents/annual_reports/pdf/1998_e.pdf. Consultado em 30 de julho de 2007.

Fundamento para estudos de caso sobre a nutrição

No cenário internacional, a industrialização, a urbanização, o desenvolvimento econômico e a globalização do mercado provocaram mudanças significativas na alimentação e nos estilos de vida durante a última década. (OMS, 2003, p. 1). Os efeitos negativos em matéria de saúde e nutrição das populações, especialmente nos países em desenvolvimento e nos países em transição, resultam dessas mudanças políticas, econômicas, sociais e ambientais:

Apesar da melhoria dos níveis de vida, e de haver uma maior disponibilidade e diversificação de alimentos – além de maior acesso aos serviços – produziram-se também consequências negativas significativas em termos de padrões alimentares inadequados, redução de atividades físicas e maior consumo do tabaco, o que causou

um aumento correspondente de doenças crônicas ligadas à alimentação, em particular entre os grupos mais pobres da população (OMS, 2003, p. 1).

A fim de implementar políticas efetivas e sustentáveis no que tange a alimentação e a nutrição, os especialistas internacionais exigem uma nova plataforma, “não só para estabelecer metas de alimentação e nutrição” (OMS, 2003, p. 2), mas para fazer uma avaliação mais ampla dos determinantes da saúde nutricional (por exemplo, aspectos relacionados à ecologia, sociedade e comportamento, que vão além dos mecanismos de causalidade). Essa plataforma, proposta pela OMS, é congruente com os componentes de um enfoque de saúde populacional⁸ – uma orientação-chave dos Ministérios da Saúde no Canadá, Costa Rica e Brasil, desde meados dos anos 90.

Alimentar-se de forma saudável apareceu como um determinante-chave da saúde e do desenvolvimento humano ao longo da vida (Frank & Finegood, 2007). Todavia, as políticas nacionais em matéria de alimentação de vários países em desenvolvimento se concentram no problema da subnutrição e não abordam a prevenção de DCNT (OMS, 2003, p. 2). Para responder a questões complexas tais como a prevenção de DCNT e/ou a insalubridade dos alimentos⁹, as considerações nutricionais devem ser integradas às políticas e aos programas de saúde, agricultura, educação, sociais e econômicos (*Dietitians of Canada*, 2007). No entanto, a adoção de medidas revelou-se um desafio, e os exemplos de políticas

de nutrição intersetoriais inovadoras e efetivas nas Américas, são limitados.

Mais recentemente, Raine (2005) realizou um estudo e síntese dos hábitos alimentares saudáveis no Canadá. Ela concluiu que existem “grandes lacunas na nossa compreensão do processo de intervenção em escala macroambiental” (p. S13) e solicitou que se investisse em pesquisa concentrada nos determinantes coletivos de uma alimentação sã e nos contextos da política de promoção de hábitos alimentares saudáveis, declarando que “a política é um recurso poderoso para influenciar ambientes múltiplos” (p. S13).

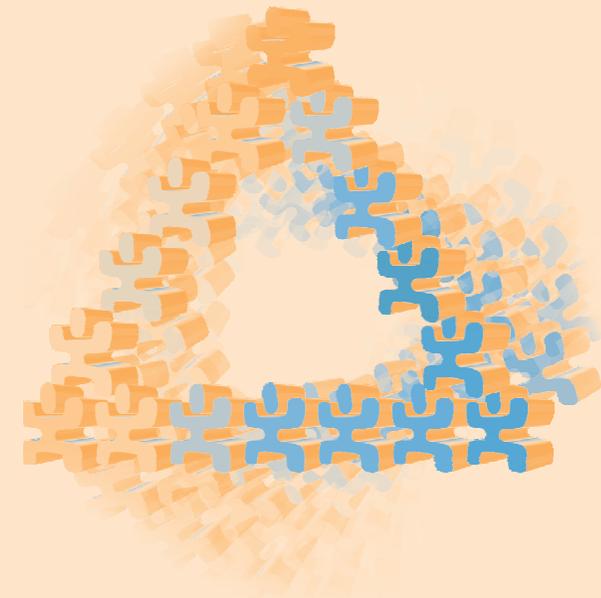
Postulamos que uma análise comparativa dos resultados obtidos a partir de três estudos de caso sobre a nutrição de três jurisdições nacionais possibilita um somatório de evidências que podem levar (a) ao esclarecimento de uma série de medidas políticas efetivas na prevenção e no controle de DCNT; (b) à descrição de requisitos para a formulação e aprovação de políticas em diversos contextos; (c) à avaliação das capacidades para a coleta sistemática de dados e análise em diversos níveis; e (d) ao início da implementação de apoio técnico intersetorial para a avaliação e análise de políticas.

⁸ Uma das características essenciais de um enfoque na saúde da população é a de orientar a intervenção para uma série de determinantes de saúde individuais (biológicos, de comportamento) e coletivos (sociais, culturais, físicos, econômicos e políticos). Desenvolver, fomentar e apoiar a colaboração entre os diversos setores (p. ex.: governo, indústria e setor voluntário) são fatores essenciais para o sucesso, já que muitos determinantes não dependem do sistema de saúde tradicional.

⁹ A segurança alimentar implica que todo mundo, a todo momento, possa ter acesso a alimentos suficientes, nutritivos, seguros, pessoalmente aceitáveis e culturalmente apropriados, produzidos, adquiridos e distribuídos de forma a respeitar o meio ambiente e serem socialmente equitativos e sustentáveis (adaptado de Fairholm, 1999).



METODOLOGIA



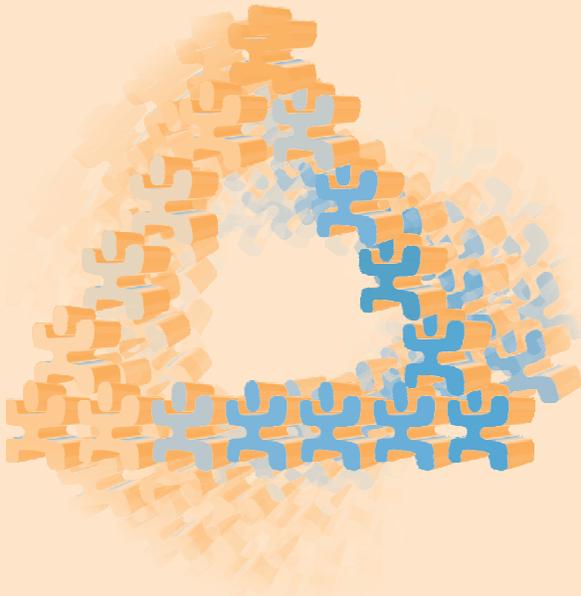
Neste estudo, enfocamos as três primeiras etapas do ciclo de políticas: a elaboração da agenda, a formulação da política e a tomada de decisão (Howlett & Ramesh, 1995). Essa estratégia impôs certas delimitações ao formato da pesquisa de estudo de caso, internacional em seu escopo, e exigiu importante coordenação e monitoramento (Yin, 1989). Em nossa estrutura conceitual (Anexo 1), consideramos uma variedade de fatores (contextos, idéias, natureza e disponibilidade de provas, interesses e conflitos políticos, instituições, instrumentos políticos e planos de ação política). Está implícito na nossa análise o reconhecimento de que uma meta essencial da formulação de políticas é a de alcançar um consenso (isto é, uma convergência de interesses) sobre a melhor maneira de como tratar a idéia política. Constatou-se que um acordo entre as partes interessadas sobre uma estrutura comum logo no início facilita o processo de desenvolvimento da política (Campbell *et al.*, 2005).

A coleta de dados incluiu uma análise da documentação (por. ex.: artigos examinados por especialistas; relatórios do governo; “conhecimentos especializados” de indivíduos, grupos e redes; informes parlamentares; relatórios da mídia) e entrevistas com informantes-chave. Os informantes-chave, identificados por um processo de amostragem tipo “bola de neve” (Patton, 1987), eram afiliados a diversos setores

incluindo o Governo de Estado (Ministérios da Saúde e outros); organizações não-governamentais (ONGs); associações profissionais de saúde; grupos de defesa do consumidor; indústria alimentícia; associações comerciais; funcionários eleitos e acadêmicos. As entrevistas com os informantes-chave (20 na Costa Rica; 16 no Brasil e 24 no Canadá) foram conduzidas por pesquisadores treinados. Cada entrevista, de aproximadamente 90 minutos de duração, foi realizada com a ajuda de um guia de entrevistas semi-estruturado, traduzido e re-traduzido para o inglês, espanhol e português. Os informantes-chave assinaram um formulário de consentimento, de acordo com os protocolos de ética de pesquisa do país.

Os pesquisadores realizaram uma análise de conteúdo dos dados e identificaram temas e padrões aparentes num processo de codificação aberta. (Stake, 1995; Miles & Huberman, 1994). Um programa de *software* de análise qualitativa de dados (NVivo6) ajudou a classificar os dados. O uso de livros de códigos e sessões de informação para resolver questões de codificação ajudaram a aumentar a uniformidade. Além disso, auditorias foram realizadas para documentar o caminho que os pesquisadores seguiram para chegar às suas conclusões finais.



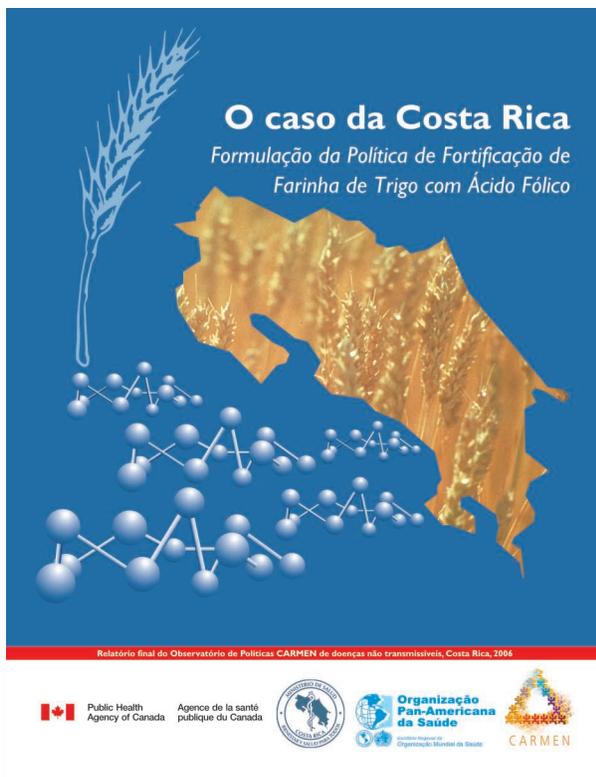


RESULTADOS

Iniciaremos com um panorama de cada estudo de caso, incluindo um resumo das lições aprendidas (Parte A). Em seguida, apresentaremos constatações de casos comparativos referentes às capacidades de elaboração de políticas em três níveis: individual, organizacional e de sistema (Parte B).

Parte A: *Panorama geral dos estudos de caso em nutrição*

Costa Rica: *Formulação da política sobre fortificação da farinha de trigo com ácido fólico*



Em 1997, um decreto nacional sobre a fortificação da farinha de trigo com ácido fólico foi aprovado pelo Ministério da Saúde da Costa Rica. As metas incluíram a redução de deficiências de folatos e a diminuição da frequência de defeitos congênitos, incluindo defeitos no tubo neural¹⁰, que constituem a segunda principal causa de mortalidade infantil na Costa Rica. No tocante à prevenção de DNT, o baixo consumo de folato foi vinculado com um aumento no risco de doença cardíaca (Rimm et al., 1998; Schnyder et al., 2001). Estudos clínicos e epidemiológicos indicam que o consumo diário mais elevado de folato, e níveis mais altos de folato no sangue, estão associados a um risco reduzido de câncer colorretal (Kim, 2003). No entanto, Mason et al. (2007) relatam que casos de câncer no cólon ocorridos no Canadá e nos Estados Unidos diminuíram depois que os fabricantes começaram a fortificar os cereais em grão com ácido fólico no final dos anos 90. Declarando que essas observações não provam causalidade, Mason et al. pedem precaução ao instituir ou melhorar programas de fortificação até que as lacunas atuais relacionadas às evidências tenham sido examinadas.

¹⁰ Defeitos no tubo neural se referem a anomalias do cérebro e da medula espinhal aparentes no nascimento. Acredita-se que essas anomalias estejam vinculadas com a ingestão de folato pela mulher antes e durante a gravidez. (Sizer e Whitney, 2006, p. GL-11).



O contexto no qual as negociações sobre política ocorreram foi caracterizado por transformações complexas na Costa Rica nos âmbitos econômico, político e social. Nos anos 80, a Costa Rica passou de uma economia fortemente controlada pelo Estado para uma economia “aberta” ao livre comércio. A premissa subjacente era de que o comércio internacional serviria como um “motor para o desenvolvimento econômico”, exigindo que a Costa Rica se tornasse competitiva com os mercados estrangeiros. O resultado foi que o Conselho Nacional de Produção da Costa Rica perdeu o controle sobre a importação de trigo. Com a liberalização da economia nacional na Costa Rica, as barreiras para a importação e o controle dos preços sobre o trigo e o pão, deixaram de existir.

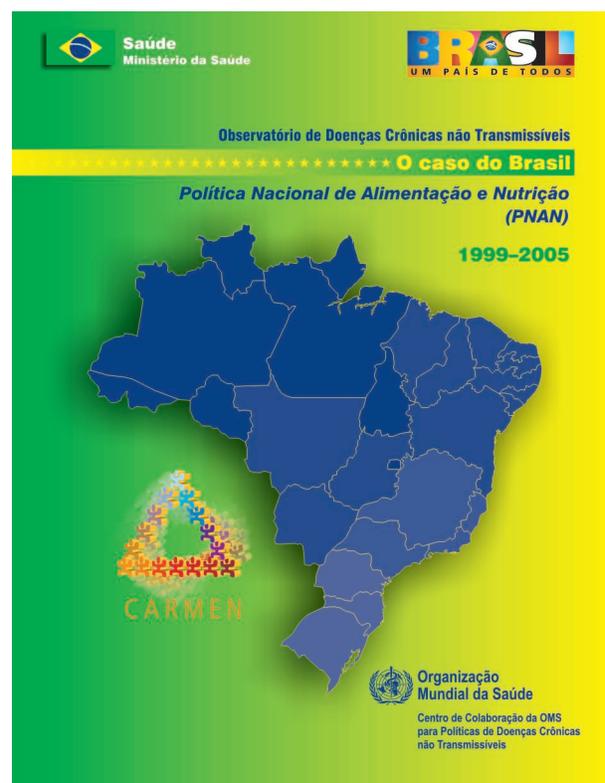
Durante o processo de formulação da política, os indivíduos encarregados da tomada de decisões deixaram de mobilizar os participantes da indústria numa discussão sobre a viabilidade de fortificar a farinha de trigo com ácido fólico. Ao invés disso, a sua estratégia era de garantir o apoio da indústria para uma decisão política que já tinha sido tomada pelo Ministério da Saúde. Entretanto, o Comitê Diretor percebeu que a colaboração da indústria era fundamental para o sucesso: “Uma atitude autoritária [por parte do governo] não facilita o estabelecimento de um ambiente que leva à implementação da política.” Esse enfoque ajudou os funcionários do Ministério a convencer o setor industrial sobre a importância da medida e conseguir uma aliança duradoura.

LIÇÕES APRENDIDAS

A política de fortificação da farinha de trigo foi formulada, negociada e aprovada num ambiente nacional e internacional favorável, apesar do setor industrial ter expressado preocupações de ordem tecnológica e financeira na etapa inicial. Uma decisão política claramente articulada, combinada com os esforços de uma equipe especializada e motivada por indivíduos responsáveis pela elaboração de políticas no Ministério da Saúde, e uma indústria alimentícia receptiva, facilitou a formação de um consenso. Os fatores que contribuíram para o sucesso incluíram alianças sólidas técnico-políticas e público-privadas; uma

boa base de dados científicos; uma estratégia de implementação viável; trabalho de grupo eficiente; e, o mais importante, responsabilidade social por parte dos responsáveis pela política (Tacsan et al., 2006).

Brasil: Observatório de Doenças Crônicas não Transmissíveis – Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) 1999–2005



O estudo de caso analisou a formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição¹¹ (PNAN), uma diretiva complexa e inovadora formulada a partir de um princípio

¹¹ A Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil, que faz parte da Política Nacional de Saúde, esta disponível em inglês no seguinte endereço: <http://www.saude.gov.br/alimentacao>.

constitucional: “o direito humano à alimentação adequada”. O Ministério da Saúde assumiu a liderança em parceria com outros Ministérios, incluindo o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e o Ministério da Educação. Em 1999, o Ministério da Saúde aprovou a PNAN como parte da Política Nacional da Saúde no Brasil.

A PNAN é apoiada por uma estrutura regulatória incluindo (a) ações intersetoriais que fornecem acesso universal aos alimentos; (b) mecanismos de controle de qualidade aplicáveis aos produtos e serviços do setor alimentício; (c) vigilância e monitoramento da nutrição; (d) promoção de hábitos de alimentação e estilos de vida saudáveis; (e) prevenção e controle de distúrbios nutricionais e doenças associadas à alimentação e à nutrição; (f) promoção da pesquisa; e (g) desenvolvimento e formação de recursos humanos.

LIÇÕES APRENDIDAS

As constatações do estudo de caso revelaram fatores-chave para o sucesso da formulação de políticas de nutrição intersetoriais, incluindo:

Uma questão de ordem nacional traduzida pela relevância epidemiológica do problema e incluída na agenda pública do governo para responder a demandas sociais consideradas como desafios significativos de saúde pública; um ambiente favorável no Ministério da Saúde no qual o Departamento de Alimentação e Nutrição (recursos humanos técnicos e financeiros) estava sendo reorganizado; e a pressão política do governo e dos agentes da sociedade civil interessados em redefinir as prioridades e as ações do governo na área da alimentação e da nutrição (Carvalho et al., 2006).

Entre as barreiras à formulação da PNAN figuram divergências entre especialistas (p. ex.: médicos e nutricionistas); fragmentação das políticas e programas sobre DCNT no Ministério da Saúde; desafios associados ao estabelecimento

de estruturas regulatórias para a produção de alimentos; questões de *marketing* e rotulagem; e falta de consenso técnico e político em matéria de terminologia (isto é, definições de fome, desnutrição e segurança dos alimentos). Apesar desses desafios, a PNAN foi formulada com grande participação e envolvimento significativo da sociedade civil. A cooperação internacional foi considerada importante, assim como o alto nível de apoio político que facilitou o processo em todo o país. Os autores concluíram que o processo de formulação da política ajudou as políticas nacionais sobre alimentação e nutrição a se concentrarem na prevenção e no controle de DCNT, e não somente na subnutrição (Carvalho et al., 2006).

Canada: Convergência de interesses em matéria de rotulagem: conseguir consenso sobre uma questão complexa

CARMEN
Estudo de caso canadense piloto do CARMEN
Relatório final

Convergência dos participantes em matéria de rotulagem nutricional
Busca de um consenso sobre uma questão complexa

Informação Nutricional		Porção de 125 ml (87 g)		% Valor diário	
Quantidade					
Calorias 40					
Gordura	0,5 g		1 %		
Saturada	0 g		0 %		
+ Trans	0 g				
Coolesterol	0 mg				
Sódio	0 mg		0 %		
Carboidrato	18 g		6 %		
Fibra	2 g		8 %		
Açúcares	2 g				
Proteína	3 g				
Vitamina A	2 %	Vitamina C	10 %		
Cálcio	0 %	Ferro	2 %		

Government of Canada / Gouvernement du Canada
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde

Em 2002, foi estabelecida a rotulagem obrigatória em matéria de nutrição no Canadá e a abrangência da regulamentação coloca esse país na linha de frente da rotulagem nutricional. Nos próximos 20 anos, os benefícios acumulados para os canadenses serão da ordem de 5 bilhões de dólares, uma estimativa baseada nas reduções dos custos diretos e indiretos associados ao câncer, diabete, doenças coronárias e enfartes (Ministério da Saúde do Canadá, 2003).

De acordo com a regulamentação, os rótulos da maioria dos alimentos pré-embalados vendidos no Canadá devem incluir uma tabela que descreve o valor nutritivo. No intuito de tratar das questões de saúde do consumidor de forma mais adequada, a regulamentação também inclui critérios atualizados sobre as declarações das propriedades nutricionais. Pela primeira vez no Canadá são permitidas alegações de saúde relativas à alimentação que vinculam certos nutrientes e alimentos à redução de doenças cardíacas, câncer, pressão sanguínea e osteoporose.

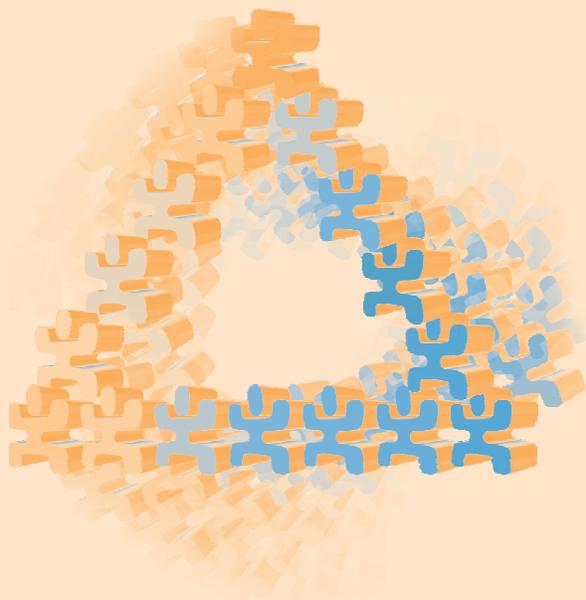
A regulamentação de 2002 trata de três itens inter-relacionados (rotulagem nutricional, informações de conteúdo nutricional e informações em matéria de saúde). O processo de elaboração da política para essas iniciativas seguiu caminhos diferentes de colaboração em relação à documentação, consultas com especialistas e com as partes interessada, e *feedback*. Um resultado inesperado foi a fusão de regulamentos referentes à rotulagem nutricional às alegações nutricionais e de saúde num só “pacote de políticas” publicadas no *Canada Gazette*, Part II (1º de janeiro de 2003).

LIÇÕES APRENDIDAS

As constatações reforçaram a noção segundo a qual consultar de forma abrangente os participantes e envolver os cidadãos lançando mão de informações por meio da Internet e de tecnologias da informação, contribuiu para a inovação em matéria de política. Além disso, as percepções dos grupos interessados a respeito do processo de formulação da política podem diferir de forma significativa das percepções

dos responsáveis pela elaboração de políticas. Nesse estudo, os informantes-chave descreveram a formulação da política como um processo descontínuo, caracterizado por atrasos longos e inexplicáveis. Por outro lado, as instâncias decisórias declararam que o processo de formulação da política, particularmente o trabalho complexo associado com a passagem das emendas propostas (*Canada Gazette*, Part I, 16 de junho de 2001) para a sua publicação, ocorreu com uma rapidez sem precedentes.

As constatações do estudo de caso referentes aos hiatos políticos específicos, sugerem que os mandatos e as prioridades organizacionais antagonistas podem sabotar a elaboração das políticas intersetoriais. Os autores concluíram que quando a capacidade organizacional de elaboração da política é enfraquecida por escassez de recursos, reestruturação e/hiatos políticos específicos, as instâncias decisórias devem implementar mudanças estratégicas nas práticas gerenciais para vencer as barreiras. (Vogel et al., 2007).



RESULTADOS

Parte B: *Capacidade de elaboração de políticas em três níveis: individual, organizacional e de sistema*

Nesse estudo, concentramos a nossa discussão nas constatações de casos comparativos sobre a formação de capacidades na elaboração de políticas (CEP). Ao conduzirmos análises comparativas, usamos a estrutura adaptada de um trabalho anterior de Shelley Bowen e Anthony Zwi (2005). Os autores sugerem que podemos entender o processo de elaboração de uma política examinando os três diferentes níveis de capacidade: individual, organizacional e de sistemas. Bowen e Zwi são inconclusivos a respeito da importância relativa desses três níveis de capacidade. Além disso, o trabalho deles é preliminar e se concentra em sugerir de que maneira a “evidência” pode informar a política de saúde.

Aperfeiçoamos o modelo de Bowen e Zwi (2005) e exploramos a relativa significância de cada um dos indicadores dentro de cada nível de capacidade, assim como a importância geral dos três níveis para o sucesso dos resultados políticos. Nossa constatação geral é que, quando existe uma capacidade “alta” de elaboração de política nos níveis individual e de sistema, a proposta política pode avançar para um resultado bem sucedido, mesmo quando a capacidade de elaboração da política da organização é “média”. Essa conclusão está baseada na evidência combinada do estudo da documentação e dos resultados das entrevistas com informantes-chave, resumida no Quadro 1.

Quadro 1: Capacidades de elaboração de política em três níveis: individual, organizacional e de sistema

	 Costa Rica	 Brasil	 Canadá
Nível de Capacidade de elaboração de política (CEP)			
Individual 5 Indicadores: valores, liderança, conhecimentos e habilidades, e parcerias e trabalho em rede)	Média → Alta	Alta	Alta
Organização 5 Indicadores: processos e procedimentos políticos, parcerias internas e externas, liderança, alocação de recurso, e conhecimentos e competências)	Média*	Alta → Média*	Média*
Sistema 4 Indicadores: valores, ideologia, política, e economia)	Média → Alta	Alta	Média → Alta

Fonte: Adaptado de *Capacities Required for Policy Adoption and Adaptation* (Bowen & Zwi, 2005).

* Apesar da CEP organizacional em geral ser classificada como “média” para a Costa Rica, o Canadá e o Brasil, alguns dos indicadores foram classificados como “baixo” nos três países (p. ex.: alocação de recursos financeiros e/ou humanos para apoiar o trabalho).

1. Capacidade de elaboração de política individual

Na nossa estrutura, os indivíduos incluem alguns líderes no processo de formulação de política dentro do governo, assim como alguns defensores da política na vasta comunidade de interessados. Baseados no trabalho de Bowen e Zwi (2005), criamos cinco indicadores de CEP individual, a saber: *valores, liderança, conhecimentos e habilidades, recursos, parcerias/trabalho em rede*.

Nos três países, a CEP individual era “alta” para os três primeiros indicadores, e “média-para-alta” tanto para os recursos como para as parcerias/trabalho em rede. Por exemplo, na área de parcerias externas, os encarregados da formulação de políticas na Costa Rica tiveram dificuldades para estabelecer alianças com os líderes da indústria alimentícia. Essa barreira foi vencida quando os funcionários do Ministério da Saúde responsáveis pelo monitoramento e vigilância da nutrição apresentaram evidências claras sobre o custo/benefício para a indústria da farinha. Além disso, os responsáveis pela elaboração de políticas pediram ajuda aos seus aliados da indústria do sal, onde a fortificação havia ocorrido anteriormente com resultados muito positivos para a saúde pública.

Nossas constatações sugerem que alguns indicadores de CEP individual são mais importantes que outros. Particularmente significativa é a convergência dos participantes na estrutura da política (isto é, os valores) logo no início. Membros das redes políticas nos três países estavam solidamente unidos em apoiar uma abordagem populacional de saúde. Houve algumas diferenças na força motora atrás dessa convergência por parte de um país ou outro, refletindo culturas políticas específicas. Por exemplo, na Costa Rica e no Brasil, as organizações internacionais tais como a OMS, e os documentos sobre política, como a “Estratégia Global para a Alimentação, Atividade Física e Saúde” (*Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*) (OMS, 2004) foram instrumentais para convencer os participantes da importância de tratar da nutrição para melhorar a saúde da população.

2. Capacidade de Elaboração de Política Organizacional

Na nossa estrutura, as organizações incluem ministérios, departamentos e/ou agências em nível de Estado responsáveis pela arena política. Mais uma vez, a partir do trabalho de Bowen e Zwi (2005), criamos cinco indicadores da CEP organizacional, incluindo *processos e procedimentos políticos, parcerias, liderança, alocação de recursos, conhecimentos e habilidades*.

Baseados nas constatações dos casos comparados, classificamos os indicadores em ordem de importância decrecente: liderança, alocação de recurso, conhecimentos e habilidades (incluindo habilidades de gestão da mudança), e processos e procedimentos políticos. O quinto indicador (parcerias) variou em sua significância dependendo da abrangência da política. Por exemplo, no Brasil, uma grande base de parcerias internas/externas foi fundamental devido ao grande porte da iniciativa e à natureza da política de segurança alimentar. Na Costa Rica, o estabelecimento de uma ampla base de parcerias internas e externas era menos importante e os gestores deram uma ênfase mínima no envolvimento do cidadão.

Na área da CEP organizacional, encontramos evidências de deficiências nos três países (p. ex.: falta de recursos humanos e/ou financeiros, processos de política descontínuos; e comunicações insuficientes com os grupos interessados). Estratégias inovadoras de gestão da mudança examinadas pelos líderes internos ajudaram a atenuar esses desafios, e com o suporte político de alto escalão, os três processos políticos avançaram apesar das lacunas observadas. Esses líderes conseguiram o apoio dos especialistas técnicos, dentro e fora do governo, que foram capazes de apresentar constatações claras a respeito dos benefícios para a saúde na implementação da política em questão. A solidez das provas científicas, combinada com os dados de custo-benefício, foi significativa para conseguir a convergência dos grupos interessados.

Os líderes internos também eram a favor da modificação das práticas vigentes de elaboração de políticas afim de vencer a oposição, existente ou potencial, dos grupos interessados. No Brasil, funcionários governamentais organizaram uma série de reuniões ou seminários para atrair os membros da comunidade política. Eles também fizeram compromissos para incentivar a aceitação por parte da indústria. Por exemplo, devido à falta de consenso sobre um programa de segurança alimentar, eles decidiram considerar a política como uma iniciativa do setor da saúde em vez de uma iniciativa de segurança alimentar. No Canadá, os funcionários do Ministério da Saúde criaram um novo “enfoque corporativo” que se concentrou na formação de parcerias com os principais grupos interessados. Para essa finalidade, eles formaram um grupo de consultoria intersetorial sobre política que trabalhou num modelo consensual. Incidentalmente, esse processo foi consistente com o compromisso do governo a respeito de novas práticas de gestão pública e contribuiu para a credibilidade do Ministério.

Um fato importante é que nos três países os governos falharam de investir em recursos humanos e/ou financeiros suficientes para as suas respectivas iniciativas políticas. Por exemplo, o Ministério da Saúde do Canadá não recebeu o financiamento prometido para uma campanha de sensibilização nacional sobre a rotulagem nutricional. Isso foi significativo pois os encarregados das políticas consideraram desde o início a rotulagem nutricional como uma ferramenta útil que, combinada com um quadro educacional abrangente, diminuiria a confusão do consumidor ao ler os rótulos e o ajudaria a tomar decisões informadas sobre os alimentos.

Além disso, criou-se um fosso político entre o Ministério da Saúde do Canadá e o Ministério da Agricultura e da Agroalimentação do Canadá, responsável pela Agência Canadense de Inspeção de Alimentos (ACIA). A ACIA foi encarregada de implementar a regulamentação da rotulagem nutricional. Não obstante, mandatos e prioridades organizacionais divergentes impediram o avanço dessa medida, especialmente na fase inicial. As constatações esclarecem a “dicotomia” entre a

formulação de políticas e outras etapas inter-relacionadas do ciclo da política, em particular, a implementação e a avaliação (Sutton, 1999).

Apesar da ACIA ter oficialmente apoiado a proposta do Ministério da Saúde do Canadá, os burocratas de alto escalão chamaram repetidamente a atenção para os significativos aumentos de financiamento exigidos pela ACIA afim de pôr em prática os regulamentos. Os encarregados da elaboração de políticas que trabalham fora do setor da saúde em nível federal, declararam que enquanto o Ministério da Saúde considerava a rotulagem nutricional como alta prioridade no final dos anos 90, “*para a ACIA era de baixa prioridade por causa da necessidade potencial de recursos para pôr em prática [os regulamentos]*”.

No Canadá e na Costa Rica, a capacidade de elaboração de política “média-para baixa” desses dois indicadores de CEP organizacional (isto é, alocação de recursos e parcerias com outros departamentos do governo federal) impediu que as propostas políticas avançassem para a etapa de tomada de decisão. Entretanto, classificações mais baixas desses dois indicadores podariam ser significativas em nível de implementação. Postulamos que as constatações de caso comparativo referentes à CEP organizacional são altamente significativas devido às questões nutricionais complexas que estão nas “telas de radar” políticas e públicas (p. ex.: obesidade infantil, insegurança dos alimentos, alimentos funcionais, gordura trans) e a necessidade de tomar medidas usando alavancas políticas em vários níveis.

3. Capacidade de Elaboração de Políticas do Sistema

Na nossa estrutura, o sistema se refere a toda a comunidade política, incluindo o governo, os grupos de interesse e o público bem informado. Criamos quatro indicadores de CEP em nível de sistema, adaptados do trabalho de Bowen e Zwi (2005), incluindo: valores (p.ex.: apoio de poderosos grupos de lobistas, líderes de



opinião, e governo); *ideologia* (p.ex.: comunidades epistêmicas); *política* (p. ex.: vontade política, estratégias de defesa, a agenda política em geral); e *economia* (p.ex.: financiamento para implementação; provas relativas ao custo-benefício).

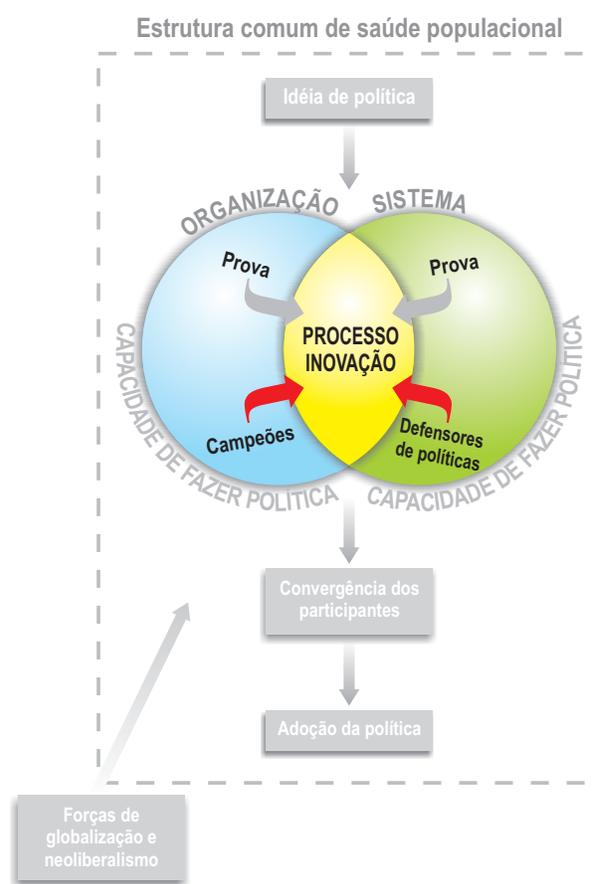
Sem exceção, a Costa Rica, o Brasil e o Canadá obtiveram uma classificação “alta” para as três primeiras variáveis em nível de sistema, com a dimensão valores variando de “média-para-alta”, conforme o desenvolvimento dos processos, refletindo o excelente trabalho feito pelos líderes internos. Em todos os países, o quarto indicador (*economia*) foi classificado como “médio-para-alto”. Os atores políticos tinham que enfrentar falta de recursos, especialmente quando planejavam estratégias de implementação (p.ex.: implementação de políticas; dados de vigilância nutricional necessários para monitorar os resultados). Como resultado, os funcionários do governo se viram forçados a usar toda a sua criatividade para obter o apoio financeiro e/ou doações em bens e serviços dos grupos dos interessados.

Ficamos impressionados com a consistência das constatações referentes à formação da CEP, especialmente em nível individual e de sistema. Sem exceção, a noção de saúde da população foi um valor de unificação para os membros das redes políticas e uma força motora para conseguir a integração das políticas de nutrição nas agendas políticas dos três países. Entretanto, nos casos do Canadá e do Brasil, uma CEP alta em nível de sistema foi, em parte, reflexo dos compromissos assumidos pelos técnicos do governo durante o processo de formulação de políticas (p. ex.: a decisão do Brasil de trabalhar dentro de uma estrutura de saúde ao invés de uma estrutura de segurança dos alimentos, e as decisões do Canadá no tocante às especificações de formato, cronogramas para implementação e isenções aos regulamentos).

Conclusões e Recomendações

Na Figura 2, resumimos as constatações num diagrama que captura a estrutura de saúde da população, os níveis de capacidades de elaboração de políticas e os fatores contextuais importantes identificados por meio da pesquisa, tais como a globalização e o neoliberalismo. Representamos a CEP individual com duas flechas vermelhas correspondentes aos líderes (dentro do governo) e aos defensores de políticas (fora do governo). O modelo interativo captura a complexidade do processo de elaboração de política, assim como o “espaço comum” entre os três níveis de CEP.

Figura 2: Desenvolvimento da capacidade de elaboração de políticas em três níveis: individual, organizacional e de sistema



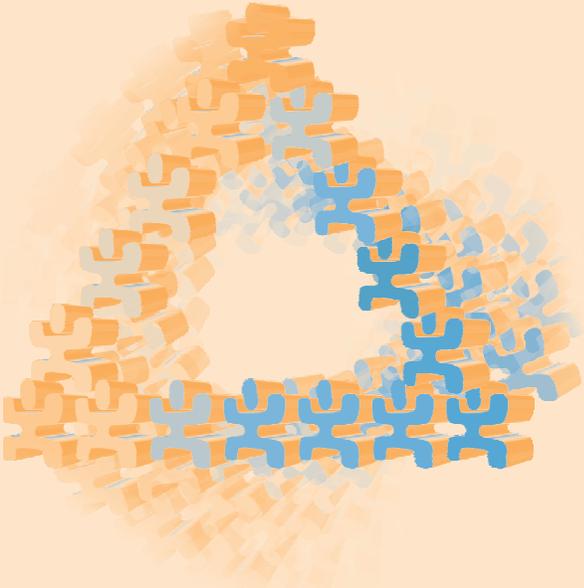
Apresentamos essas conclusões referentes ao desenvolvimento da CEP e recomendações para a consideração dos responsáveis da elaboração de políticas e outros interessados nesse processo:

- ▲ A consulta e colaboração por meio de iniciativas de cooperação intersetoriais duráveis é um fator essencial no processo de elaboração de políticas;
- ▲ Inúmeras formas de prova e fontes de informação são necessárias para a formulação de políticas, inclusive dados sobre o custo-benefício, estudos apoiados pela indústria, e sondagens junto ao consumidor;
- ▲ Os documentos de política de estratégia nacional e/ou internacional são importantes para planejar o encaminhamento futuro e para estabelecer um programa de ação;
- ▲ Os responsáveis de alto escalão da elaboração de políticas necessitam de conhecimentos, habilidades, ferramentas práticas e recursos para desenvolver a CEP, assim como oportunidades para pôr em prática o que aprenderam;
- ▲ A globalização das indústrias da agricultura, do comércio e dos alimentos transnacionais requer maior colaboração internacional e a partilha das lições aprendidas;
- ▲ O diálogo em matéria de política em nível nacional e/ou internacional oferece uma oportunidade efetiva de tratar das lacunas existente de evidências e melhorar a transferência de conhecimentos.

Cada estudo de caso conta uma história importante em matéria de inovação na formulação de políticas nutricionais, na qual todos os participantes conseguiram alcançar pelo menos algumas de suas metas. No entanto, se não fizermos uma avaliação do processo de implementação da política (segunda fase da iniciativa de pesquisa internacional), não poderemos ter certeza de que as metas

foram, de fato, atingidas com sucesso. Nossas recomendações para estudos futuros incluem uma ampla estratégia de avaliação integral a longo prazo para determinar se as três iniciativas políticas conseguiram atingir seu objetivo fundamental, que é a de melhorar a saúde da população.

REFERÊNCIAS

- 
- Bomtempo Birche de Carvalho, D., Carvalho Malta, D., Carmen Duarte, E., de Moura, L., Libânio de Moraes Neto, O., Beatriz Vasconcelos, A., Rizzolo, A., Leão, M. (2006). *Observatório de Doenças Crônicas não Transmissíveis: O caso do Brasil – Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) 1999–2005*. Ottawa, ON: Ministério da Saúde do Brasil, Agência de Saúde Pública do Canadá, e a Organização Panamericana de Saúde.
- Bowen, S. and Zwi, A.B. (2005). Pathways to “evidence-informed” policy and practice: A framework for action [Electronic version]. *PLoS Medicine*, 2(7), 600-605.
- Fundação Canadense de Pesquisa em Serviços da Saúde. (1998). *Growth through innovation: 1998 Annual Report*. Figure 5. Evidence-based decision-making: Where to focus for improvement, p. 38. Disponível acessando: http://www.chsrf.ca/other_documents/annual_reports/pdf/1998_e.pdf. Consultado em 30 de julho de 2007.
- Campbell, H.S. et al. (2005). *Understanding the policy process at the local level: The role of issue framing in environmental tobacco smoke bylaw development in the Region of Waterloo*. Documento de trabalho N° 83. Universidade de Toronto: Unidade de Pesquisa sobre o Tabaco do Ontário.
- CARMEN. (2007). *Glossary of terms*. Ottawa, ON: PHAC/PAHO Observatory On Chronic Non-Communicable Disease Policy.
- Dietitians of Canada. (2007). *Community food security. Position of Dietitians of Canada*. Disponível acessando: <http://www.dietitians.ca/resources/resourcesearch.asp?fn=view&contentid=8737>. Consultado em 15 de agosto de 2007.
- Frank, J. and Finegood, D. (2005). Foreword from the Canadian Institutes of Health Research. *Can J Public Health*, 96, 5S.
- Ministério da Saúde do Canadá. *Canada Gazette*, Part II. Regulations Amending the Food and Drug Regulations (Nutrition Labelling, Nutrient Content Claims and Health Claims). 1° de janeiro de 2003. Disponível acessando: <http://canadagazette.gc.ca/partII/2003/20030101/pdf/g2-13701.pdf>. Consultado em 16 de outubro de 2006.
- Howlett, M. & Ramesh, M. (1995). *Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems*. Toronto, ON: Oxford University Press, p. 11.
- Kim, Y.I. (2003). Role of folate in colon cancer development and progression. *J. Nutr.* 133, 3731S-3739S.

- Mason, J. et al. (2007). A temporal association between folic acid fortification and an increase in colorectal cancer rates may be illuminating important biological principles: A hypothesis. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* **16**, 1325-1329.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. (2nd ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Organização Panamericana de Saúde. (2006). *Regional strategy and plan of action on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases, including diet, physical activity and health*. Washington, DC: OPAS & OMS.
- Patton, M.Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. (2nd ed.) Newbury Park, CA: Sage.
- Raine, K. (2005). Determinants of healthy eating in Canada: An overview and synthesis. *Can J Public Health*, **96**, 8S-15S.
- Rimm, E.B., Willett, W.C., Hu, F.B., et al. (1998). Folate and vitamin B6 from diet and supplements in relation to risk of coronary heart disease among women. *JAMA* **279**, 359-364.
- Schnyder, G., Roffi, M., Pin, R., et al. (2001). Decreased rate of coronary restenosis after lowering plasma homocysteine levels. *N. Engl. J. Med.* **345**, 1593-1600.
- Stake, R.E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sutton, R. (1999). *The policy process: An overview*. London, UK: Chameleon Press, p. 22.
- Tacsan, T., del Aguila, R., Ascencio, M., Eduviges Sancho, A., Herrera, F., Guzmán, G., Agüero, L., Quirós, I., Solano, G., Alberto Sequeira, J., López, M., Padilla, G., and MacDonald, J. (2006). *Formulation of the policy on fortification of wheat flour with folic acid*. Ottawa, ON, Ministério da Saúde de Costa Rica, Agência de Saúde Pública do Canadá, e Organização Panamericana de Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Policy development and noncommunicable disease prevention: The road from Kaunas*. Copenhagen, Dinamarca: Escritório regional da OMS para a Europa.
- Organização Mundial da Saúde (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: WHO. Disponível acessando: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf. Consultado em 19 de março de 2007.
- Organização Mundial da Saúde (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic disease. Report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva: OMS Série de Relatório Técnicos da OMS, N° 916). Disponível acessando: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf. Consultado em 19 de março de 2007.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, WHO.
- Vogel, E., Burt, S., and Church, J. (2007). *Stakeholder convergence on nutrition labelling: Building consensus on a complex issue*. Ottawa, ON: Agência Pública da Saúde do Canadá e a Organização Panamericana de Saúde.
- Yin, R.K. (1989). *Case study research: Design and methods*. Newbury Park, CA: Sage.

ANEXO

Anexo I: Estrutura analítica – Etapas de formulação de políticas



