



MINISTÉRIO DA SAÚDE
AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS
ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE

TEXTOS DE OPINIÃO

Temas Estratégicos para a Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAN

Os “Textos de Opinião - Temas Estratégicos para a Política Nacional de Alimentação e Nutrição” foram desenvolvidos no âmbito de uma Carta de Acordo entre a Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos e a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) para apoiar a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Depto de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde no processo de revisão e atualização da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos - ABRANDH

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Os conteúdos expressos nos documentos de opinião são de inteira responsabilidade dos autores e não expressam necessariamente a opinião do Ministério da Saúde e da Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos.

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos – ABRANDH
Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN
Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

ORGANIZAÇÃO

Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS

INFORMAÇÕES

Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos.
SCLN 215, bloco D, sala 115, Brasília (DF) - Brasil
CEP 70.874-540
Fone/Fax: +55 (61) 3340.7032 - abrandh@abrandh.org.br
<http://www.abrandh.org.br>

PROJETO GRÁFICO

Marilda Donatelli

B823t

Brasil. Ministério da Saúde
Textos de opinião: temas estratégicos para a política nacional de alimentação e nutrição (PNAN) / Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH). Ministério da Saúde. – Brasília: Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), 2011.
196 p.

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-63364-02-9

1. Alimentação - Brasil 2. Nutrição - Brasil 3. Direitos humanos - Brasil. I. Título

CDU 612.3

Sumário

Apresentação	5
Texto de Opinião 1 Juliana Rochet A institucionalidade das ações de alimentação e nutrição nas esferas de gestão do SUS	7
Texto de Opinião 2 Gilson Carvalho O financiamento federal de ações e serviços de alimentação e nutrição em saúde	31
Texto de Opinião 3 Luis Fernando Rolim Sampaio Modelo de atenção a saúde: a alimentação e nutrição nos serviços de saúde	65
Texto de Opinião 4 Letícia de Oliveira Cardoso e Carlos Augusto Monteiro Situação nutricional da população brasileira - cenário atual e futuros desafios	83
Texto de Opinião 5 Luciene Burlandy Segurança alimentar e nutricional e o setor saúde	119
Texto de Opinião 6 Denise Oliveira e Silva Política nacional de alimentação e nutrição e população negra	155
Texto de Opinião 7 Sílvia Ângela Gugelmin Ações de alimentação e nutrição para povos indígenas	167

Apresentação

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde completou, em 2009, dez anos de sua publicação. Neste período a PNAN constitui-se em referencial inovador da agenda de alimentação e nutrição não apenas do setor saúde, mas para todos aqueles envolvidos na temática. A PNAN é reconhecida como instrumento fundamental para coordenar as ações de Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde, nas três esferas de gestão, e para articular a agenda intersetorial de promoção da alimentação saudável.

Foi a PNAN que inaugurou, no texto formal das políticas públicas brasileiras, a adoção do Direito Humano à Alimentação Adequada como princípio norteador no planejamento de ações. Reafirmou naquele momento a importância da abordagem intersetorial para a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, o papel estratégico do setor Saúde neste contexto e antecipou o impacto que a atenção nutricional poderia ter na promoção da saúde e prevenção de agravos.

Os avanços desde então são inúmeros e, em 2010 foi deflagrado um processo de atualização do texto da política para alinhá-la ao cenário atual de alimentação e nutrição da população brasileira, do Sistema Único de Saúde e do recém implantado Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Esta atualização foi conduzida por meio de um processo participativo que incluiu diversos encontros estaduais, um encontro nacional, realizado em junho de 2010 e oficinas de trabalho com diferentes setores sociais e go-

Patricia Jaime

Coordenadora
Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição - CGAN
Departamento de Atenção Básica – SAS
Ministério da Saúde

vernamentais. Como material para reflexão e fomento ao debate para estas oficinas, solicitou-se a especialistas de diferentes áreas que elaborassem “textos de opinião” a respeito de temas cruciais para o novo texto da política.

São estes textos que agora apresentamos aos leitores. Esperamos que os mesmos sejam úteis para dar continuidade ao debate sobre a importância da agenda tanto na saúde como nas demais áreas que compõe o complexo contexto da alimentação e nutrição nas políticas públicas brasileiras.

Marilia Leão

Presidente
Ação Brasileira e Nutrição e Direitos Humanos -
ABRANDH

1. As opiniões e sugestões expressas em cada um dos textos referem-se ao posicionamento individual de dos autores e não refletem necessariamente a posição institucional do Ministério da Saúde ou da Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos(ABRANDH).

TEXTO DE OPINIÃO 1 |

A institucionalidade das ações de alimentação e nutrição nas esferas de gestão do SUS

Por Juliana Rochet¹

Resumo

O presente artigo tem como objetivo problematizar a institucionalidade das ações de alimentação e nutrição nas esferas de gestão do SUS, sobretudo em âmbito federal, considerando seu caráter transversal e sua potencial inserção nos diversos níveis de atenção. Ao

final, buscará apresentar algumas conclusões e recomendações para o fortalecimento da gestão das ações para o cuidado nutricional nos níveis de atenção primária, de média e alta complexidade.

1. Bacharel em Direito. Mestre e Doutora em Política Social pela Universidade de Brasília.

Os conteúdos expressos neste documento são de inteira responsabilidade do autor e não expressam necessariamente a opinião do Ministério da Saúde e da Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos.

1.Introdução

No ano de 1999, após discussão com a sociedade civil organizada e com os conselhos gestores e entidades integrantes da Política Nacional de Saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº. 710, de 10 de junho de 1999.

A Política representou um marco na história da segurança alimentar e nutricional no país. De forma original, o Estado brasileiro procurava definir a contribuição do Setor Saúde no desafio de promover o estado nutricional adequado da população brasileira, ainda que o documento não abarcasse todos os componentes de uma política nacional voltada para essa questão.

Sob responsabilidade da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN/Ministério da Saúde, a PNAN foi construída visando contribuir para a realização do direito universal à saúde e à alimentação. Seus princípios e diretrizes devem fornecer as bases

conceituais para a formulação, implementação, acompanhamento e monitoramento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

No ano de 2010, momento em que a PNAN completa onze anos de existência, iniciou-se um amplo processo de debate e coleta de subsídios junto a diversos atores e instituições, governamentais e não-governamentais, com o objetivo de aprofundar temas estratégicos sobre as políticas públicas de alimentação e nutrição no Setor Saúde. Tal processo – demandado por gestores e trabalhadores do SUS em todas as esferas de governo, profissionais e entidades de classe das áreas de Nutrição, Saúde Pública, Segurança Alimentar e Nutricional e Gestão de Políticas Públicas, especialistas e pesquisadores – tem como pano de fundo a discussão sobre a revisão de algumas disposições da Política, considerando-se a atualização de seus princípios e diretrizes à presente conjuntura histórica, sócio-cultural, política e epidemiológica.

Assim, a melhor maneira de pensar o processo de revisão da PNAN é associando-o à ideia de transformação, de passagem de uma fase a outra. A partir desse movimento, se explicitam pontos fortes e fracos da Política e parte-se em busca de alternativas e soluções. Nesse contexto, como alerta Nogueira (2001), passado, presente e futuro se entrelaçam e prepara-se uma aposta para o que virá. Abre-se uma “janela de oportunidades” para que se construa ou se melhore o que de bom existe. Ampliam-se espaços para experiências inéditas e pode-se alterar a posição relativa dos interesses e forças em luta.

O presente texto possui uma tarefa especial: a de problematizar a institucionalidade das ações de alimentação e nutrição nas esferas de gestão do SUS. A reflexão surge num momento particularmente significativo, tendo em vista a aprovação, no ano de 2009,

da Emenda Constitucional nº64, que inclui o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) entre os direitos sociais estabelecidos no artigo 6º da Constituição Federal². Ao incluir o direito à alimentação no rol dos direitos sociais, a Carta Constitucional estabeleceu o respeito, a proteção, a promoção e o provimento deste como uma obrigação do Estado brasileiro, fortalecendo as premissas que pautam tanto a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, quanto a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan).

No entanto, a concretização dos direitos sociais não depende apenas de sua positivação, embora nos Estados Democráticos de Direito esta seja uma condição fundamental, sem a qual as normas não adquirem sentido de obrigatoriedade. Sua garantia depende da consolidação de uma institucionalidade objetivando assegurar viabilização dos meios e a presença

²“Artigo 6º. São direitos sociais a alimentação, a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

de atores sociais, seja na formulação, na gestão, na implementação ou no acompanhamento das políticas sociais.

Para que isto aconteça, é imprescindível organizar e reorganizar, quando necessário, as instituições e instrumentos por meio dos quais os direitos são materializados. É fundamental criar processos e procedimentos de gestão para garantir sua aplicabilidade por meio das políticas públicas, as quais se operacionalizam por meio de programas, projetos e serviços. É preciso construir e reconstruir as relações e práticas sociais que os reivindicam, executam e fiscalizam.

Nesse sentido, refletir sobre a institucionalidade de uma determinada ação pública é olhar para o papel desempenhado pelas instituições na determinação de seus resultados sociais e políticos. Essa tarefa pressupõe analisar não apenas a estrutura e as regras formais criadas para nortear tais ações, mas também as relações e práticas que as constituem.

Este texto está dividido em quatro seções, incluindo essa introdução. A seção dois apre-

senta uma breve reflexão sobre a relação entre políticas públicas e institucionalidade, introduzindo alguns parâmetros para a análise do grau de inserção institucional das ações de alimentação e nutrição nas esferas de gestão do SUS. Em seguida, a seção três traz a análise progressiva e atual do tema, apontando avanços, desafios e lacunas existentes, bem como os principais desafios que se colocam ao Setor Saúde frente às questões apresentadas. Por fim, na seção quatro, são apresentadas as considerações finais e algumas recomendações com vistas a contribuir com o debate.

2. Políticas públicas e institucionalidade: alguns parâmetros para a reflexão

Segundo Pereira (2008), as políticas públicas constituem uma estratégia de ação pensada, planejada e guiada por uma racionalidade coletiva, na qual, tanto o Estado como a sociedade desempenham papéis ativos. O caráter público dessas políticas não é dado apenas pela sua vinculação com o Estado e nem pelo tamanho do agregado social que lhes deman-

dam atenção, mas pelo fato de significar um conjunto de decisões e ações que resulta ao mesmo tempo de ingerências do Estado e da sociedade (PEREIRA, 2008).

Essa noção fornece a possibilidade de pensar a institucionalidade de uma determinada política pública, e das ações a ela relacionadas, como um esforço de racionalidade, de criação ou reformulação de métodos e instrumentos utilizados pelo Estado, na sua função de bem-estar, e das mudanças que se produzem na sua estrutura e composição devido a essa função.

Ao declarar a compreensão do Estado brasileiro sobre a questão alimentar e nutricional, suas especificidades, os princípios e as diretrizes norteadoras para a formulação e implementação de ações de promoção da alimentação saudável e atenção nutricional nos diversos níveis de atenção do SUS, a PNAN constitui-se, sem prejuízo de outros instrumentos, como referência política e normativa fundamental para a realização do direito à saúde e à alimentação adequada. Podem-se enumerar pelo menos quatro características dessa Política:

- Constitui-se um marco ou linha de orientação para as ações públicas no campo da alimentação e nutrição, sob a responsabilidade de uma autoridade também pública e mediante o controle e participação da sociedade;
- Visa dar materialidade aos direitos sociais garantidos por lei – sobretudo o direito à saúde e a alimentação adequada. Tais direitos ganham aplicabilidade por meio da PNAN, a qual, por sua vez, operacionaliza-se por meio de programas, projetos e serviços. Segundo Sétien e Arriola (1998 apud PEREIRA, 2008), são os programas, projetos e serviços sociais que cumprem o papel de materializar, de fato, as propostas, as idéias, os desenhos de ação, os objetivos e meios especificados pelas políticas públicas;
- Guia-se pelo princípio do interesse público e da soberania popular;
- Visa à satisfação das necessidades sociais. A partir de tais características, propõem-se quatro eixos de análise para a problematização da institucionalidade das ações de alimenta-

ção e nutrição no Setor Saúde:

1) Estrutura: diz respeito não apenas à infra-estrutura e aos recursos humanos necessários para a gestão das políticas públicas, mas, sobretudo, à estrutura gerencial e hierárquica das instituições envolvidas no seu processo de implementação e monitoramento;

2) Relações: referem-se à interação entre os diversos agentes públicos responsáveis pela implementação das políticas públicas (diálogo intersetorial) e destes com a sociedade civil e com os titulares de direitos;

3) Práticas: relacionam-se à cultura institucional do Estado e de seus servidores na maneira de proceder, de conduzir processos e dialogar, tanto intersetorialmente, quanto com a população em geral;

4) Instrumentos de política: conjunto de leis e regulamentações (regras), programas e serviços colocados em prática pelo governo, em diálogo permanente com a sociedade, para o desenvolvimento das políticas públicas.

A partir desse referencial, o grau de institucionalidade da Política Nacional de Alimenta-

ção e Nutrição, bem como dos planos, projetos, programas e ações a ela vinculados, está organicamente relacionado a fatores como a estrutura formal de tomada de decisão, os instrumentos de política e as relações e práticas por meio dos quais os agentes públicos realizam os direitos sociais garantidos por lei. Na próxima seção, buscaremos explorar cada um desses aspectos.

3. Breve análise pregressa e atual do tema: avanços, desafios e lacunas existentes

Nas últimas décadas, a constatação de que os riscos nutricionais, e suas múltiplas configurações epidemiológicas, permeiam todo o ciclo da vida humana converteu-se em amplo consenso, de modo que a segurança alimentar e nutricional passou a ser considerada um requisito básico para a afirmação plena do potencial de desenvolvimento físico, mental e social de todo ser humano (PNAN, 2003).

A adoção do conceito de Segurança Alimentar em âmbito mundial e a retomada das discussões sobre o tema no Brasil, ainda na dé-

cada de 1990, facilitaram a compreensão do papel do Setor Saúde nesse campo, uma vez que a alimentação e nutrição são reconhecidas como elementos essenciais para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

É possível identificar que, sobretudo a partir de 2003, tiveram lugar diversos acontecimentos que influenciaram, de forma marcante, a agenda da alimentação e nutrição no campo da saúde coletiva e impactaram a institucionalidade da PNAN. Dentre eles, pode-se citar:

- A re-instalação, em 2003, do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA).
- O lançamento do Fome Zero e a criação, em 2003, do Programa Bolsa Família.
- A criação, em 2004, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).
- A aprovação, em 2006, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e da Política Nacional de Atenção Básica, que estabeleceram, respectivamente, as diretrizes e estratégias de organização das ações de pro-

moção da saúde nos três níveis de gestão do SUS, bem como a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

- A aprovação, em 2006, da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LO-SAN).
- A aprovação, em 2009, da Proposta de Emenda à Constituição que acrescenta a alimentação no rol dos direitos sociais.
- A implementação, a partir do ano de 2008, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que possui, entre seus diversos objetivos, o de promover a articulação inter-setorial para viabilizar as ações voltadas para a Segurança Alimentar e Nutricional.

Assim, tendo em vista o surgimento de novos marcos políticos e normativos na área da saúde coletiva e da segurança alimentar e nutricional, a CGPAN observou a necessidade de ampliar as reflexões em torno do processo de implementação da PNAN. Para tanto, foi

concebido projeto de pesquisa³ sobre o tema, o qual foi executado entre os anos de 2009 e 2010, em parceria e diálogo permanente com a equipe de técnicos e gestores da Coordenação.

O estudo teve como objetivo identificar os principais fatores sociais, políticos, econômicos e institucionais que afetavam a implementação da Política em âmbito federal, no período de 2000 a 2008, e de que modo esses mesmos fatores atuavam como elementos facilitadores ou obstáculos ao seu bom desempenho⁴.

Em relação aos fatores institucionais, tratou-se de captar como as agências e os agen-

tes públicos federais atuavam e interagiam para implantar a Política⁵. A seguir, passamos a explorar cada um desses fatores analisados no decorrer da pesquisa, classificando-os nos quatro eixos propostos para a problematização da institucionalidade das ações de alimentação e nutrição nas esferas de gestão do SUS.

3.1 Estrutura

Em 1999, após aprovação da PNAN, a Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN), núcleo então responsável pela implementação da Política, se transformou na atual CGPAN. A

3. Para captar a complexidade do objeto de estudo utilizou-se metodologia qualitativa, mediante a realização de entrevistas semi-estruturadas com os atores-chave – governamentais e não governamentais – que, em algum momento, participaram da implementação da Política na esfera federal.

4. Foram tomados como referenciais histórico-temporais para fins de organização da pesquisa os anos de 2000, 2004 e 2008. Tais marcos não foram exaustivos e justificaram-se na medida em que o ano 2000 foi àquele subsequente à vigência da política, inaugurando sua fase de implementação; o ano de 2004 foi marcado pela criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que assumiu a agenda do enfrentamento da fome e da pobreza a partir da estratégia Fome Zero; e, por fim, o ano de 2008, momento em que a política completou oito anos de vigência, fazendo-se pertinente uma leitura mais ampla de seu contexto de implementação, conquistas, sucessos, obstáculos e desafios.

5. No período analisado, foram os principais fatores institucionais identificados: Inserção, no Sistema Único de Saúde, da agenda da alimentação e nutrição; Inserção institucional da CGPAN na estrutura gerencial do Ministério da Saúde; Produção de regulamentações em nível federal; Qualificação do corpo técnico e gestor da CGPAN; Implementação das ações de monitoramento; Capacitação e recursos humanos; Diálogo intersetorial; Comunicação.

principal missão da recém-criada área, que se mantém até os dias atuais, era implementar ações de acordo com as diretrizes da PNAN, visando a garantia de condições de saúde adequadas à população brasileira.

Desde então, a área vem ampliando suas frentes de atuação:

Em 2001, o Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição, desenvolveu uma série de iniciativas no sentido de incorporar o enfoque de direitos humanos nas atividades de planejamento e de operacionalização de programas, conforme previsto na Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN. O primeiro a ser implementado nessa ótica é o Bolsa Alimentação, um programa de transferência de renda vinculado a uma agenda positiva de compromissos relativa às ações básicas de saúde e dirigido às famílias cujas crianças e gestantes incorram em risco nutricional (IPEA; SEDH; MRE, 2002).

Desse modo, como forma de operacionalizar a PNAN, a coordenação de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde conseguiu

apoio político do setor e do governo para a implantação do Programa Bolsa-Alimentação, lançado oficialmente em setembro de 2001. Entretanto, apesar dos impactos positivos do Programa, Valente (2002) aponta que os debates sobre o tema da Segurança Alimentar e Nutricional na esfera federal ficaram restritos a diálogos internos relacionados a diferentes políticas setoriais, perdendo ressonância na elaboração de iniciativas mais amplas.

É nesse panorama social e político que a temática do combate à fome e à miséria é recolocada na agenda política brasileira em 2003, impulsionada pela discussão do Programa Fome Zero. Nesse mesmo momento, o governo reinstalou o CONSEA com a missão de ampliar o debate sobre a temática e convoca a II Conferência de SAN, que deliberou pela proposição da Lei Orgânica para a Segurança Alimentar e Nutricional.

As ações do Fome Zero são desenvolvidas transversalmente em diversos setoriais, tais como: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Saúde, Minis-

tério do Desenvolvimento Agrário, Ministério da Educação, Ministério da Agricultura etc. Se, por um lado, essa transversalidade confere alto grau de prioridade para as ações de segurança alimentar e nutricional no âmbito das políticas públicas federais, estimulando a integração entre ações e programas sob o enfoque da SAN, por outro, impõe dificuldades para sua gestão, pois é preciso que os programas e as ações vençam os entraves encontrados no fluxo vertical entre as esferas federal, estadual e municipal, e na conciliação de interesses muitas vezes diversos, o que, efetivamente, constitui um trabalho de arquitetura difícil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Na estratégia Fome Zero, as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde estão baseadas nas diretrizes da PNAN. Como enfatiza Santos (2005), a proposta do Fome Zero corrobora as proposições da promoção de práticas alimentares saudáveis dessa Política. No entanto, as coloca como parte de um contexto mais amplo, no qual passam a se articular vários e diferencia-

dos atores e instituições (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Assim, coloca-se a tarefa de compreender e delimitar o papel do Setor Saúde, e especificamente da CGPAN, no tocante às ações alimentação e nutrição. A complexidade do novo cenário se expressou (e se expressa) não apenas em razão da emergência de instituições e atores governamentais entrelaçados pelo campo da SAN, mas também em decorrência da atuação de representantes da sociedade civil, que, cada vez mais, negociam seus interesses e demandas nos conselhos e fóruns de participação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), a exemplo dos povos indígenas, população negra e povos e comunidades tradicionais.

Essas constatações apenas são possíveis após mais de uma década da aprovação da Política de Alimentação e Nutrição e constituem um dos grandes desafios quanto à institucionalidade de suas ações dentro e fora do Setor Saúde.

Nesse debate, um ponto de partida nos parece importante: primeiramente, é preciso in-

vestir no fortalecimento da PNAN intra-SUS. Isso implica a negociação, de forma colaborativa, da agenda da nutrição nas diversas secretarias e departamentos que integram o Ministério da Saúde; requer um maior investimento na capacitação de recursos humanos - gestores e profissionais de saúde em geral - quanto aos temas da alimentação e nutrição, sua importância e sua potencial contribuição nos diversos níveis de complexidade de atenção do SUS; demanda um esforço para elaboração de instrumentos de política capazes de regular processos, procedimentos e fluxos de gestão.

Atualmente, a CGPAN desenvolve um amplo conjunto de ações que vão desde elaboração de documentos educativos e campanhas ligadas à promoção da alimentação saudável até o monitoramento do estado nutricional e do consumo alimentar dos cidadãos que frequentam as unidades básicas do Sistema Único de

Saúde. Essa última ação se dá por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que possui ainda um módulo específico para acompanhamento do cumprimento das condicionalidades dos beneficiários do Programa Bolsa Família.

No entanto, a significativa ampliação do campo de atuação da CGPAN, bem como a alta qualificação de sua equipe de técnicos e gestores, não foi acompanhada do fortalecimento político e institucional necessário. Atualmente, a área é uma coordenação-geral, vinculada ao Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde⁶. Sua posição na estrutura hierárquica do Ministério da Saúde acaba por gerar um baixo grau de autonomia e de força política, acarretando algumas dificuldades no campo interno de negociações e no diálogo intersetorial.

Em 2002, o então Ministro da Saúde, Humberto Costa, apresentou uma nova estrutura de funcionamento para o órgão. Foram extintas três secretarias e criadas quatro novas: Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, a Secretaria de Gestão Participativa e a Secretaria de Atenção à Saúde.

Tal situação, embora não possa ser apontada com única causa, influencia o grau de inserção da agenda da alimentação e nutrição na pauta de prioridades do Ministério da Saúde, em que pese não faltarem evidências científicas do processo de transição epidemiológica e sua representação específica na área da nutrição⁷; se faz sentir no grau de apropriação - ainda menor do que o necessário - da agenda da alimentação e nutrição no lócus da atenção primária, mesmo considerando-se o papel fundamental que a área pode desempenhar na promoção da saúde e na prevenção das doenças; reflete-se no processo ainda fragmentado de formação dos profissionais da atenção primária quanto aos temas da alimentação e nutrição, uma vez que inexistem pólos per-

manentes de capacitação; interfere no tipo de contrato de trabalho estabelecido entre o Ministério da Saúde e os técnicos da CGPAN, sendo observada a terceirização de parte expressiva de seu quadro de funcionários.

Entretanto, deve-se reconhecer que, diante do modo como o Ministério da Saúde se organiza, seja do ponto de vista da estrutura gerencial e hierárquica, seja do ponto de vista dos recursos humanos, o fortalecimento institucional da CGPAN no escopo da arquitetura gerencial do Ministério se revela de difícil realização e encontra-se em processo de construção.

Diante desse quadro, uma alternativa de ação refere-se à intensificação dos processos formativos de profissionais de saúde, sobretudo da atenção primária, em torno dos temas

7. De forma simplificada, esse processo pode ser ilustrado como a passagem de um modelo demarcado pelo amplo predomínio das doenças infecciosas, parasitárias e carenciais, para um modelo definido pela hegemonia das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), associadas ao sobrepeso/obesidade, às dislipidemias, à síndrome metabólica precursora do diabetes *mellitus* tipo 2, à hiperuricemia e a outras manifestações ou fatores de risco menos relevantes. Destacam os mesmos autores, que a mudança que caracteriza a transição nutricional pode ser definida como a passagem de um estágio bem primitivo, simbolizado pela ocorrência de formas graves de carências globais (*kwashiokor*, marasmo nutricional) ou específicas (hipovitaminose A, escorbuto, beribéri, raquitismo, osteomalácia, pelagra), constituindo manifestações de caráter predominantemente agudo, para outro em que predominam DCNT (BATISTA-FILHO; ASSIS; KAC, 2007).

da alimentação e nutrição, tendo em vista sensibilizá-los para a difusão dos conhecimentos adquiridos e sua apropriação nas práticas de cuidado. Esse movimento, mais do que uma ação de capacitação, pode constituir-se numa estratégia de construção de sentidos e de prioridades.

Outra alternativa refere-se a promover o debate sobre a PNAN e suas ações nos diversos fóruns deliberativos e consultivos, congressos, seminários etc, criando condições para a reafirmação de seu projeto político e normativo. Trata-se de levar a Política de Alimentação e Nutrição “para todos os espaços onde pulsa a vida e se disputa e se sofre o poder” (NOGUEIRA, 2001, p. 146), pois:

Só a política pode criar aquela dose de “sentido comum” que costure os interesses e valores particulares uns nos outros, superando-os a partir de alguma equivalência superior. Sem política, não temos como ultrapassar a explicitação individualizada das demandas de cada grupo e aproveitar o que existe, nestas demandas, de energia produtora de vida comunitária (NOGUEIRA, 2001, p. 131).

3.2 Relações

A PNAN é uma política pública de caráter intersetorial, que requer um olhar interdisciplinar no contexto da gestão pública. Porém, para a concretização da intersetorialidade é preciso incorporar não apenas a compreensão compartilhada sobre finalidades, objetivos, ações e indicadores, mas também relações e práticas articuladas que impactem positivamente as populações. Desse modo, a ação intersetorial não se esgota no âmbito de uma política pública específica, mas sim num conjunto de políticas que busquem alternativas para lidar com a complexidade e amplitude dos problemas sociais, como é o caso da obesidade, por exemplo (PINHEIRO; CARVALHO, 2008).

Embora sejam grandes as dificuldades de alcançar um diálogo intersetorial satisfatório no campo das políticas públicas brasileiras em razão da própria conformação da estrutura político-administrativa do país, o grande desafio que está colocado para os gestores das políticas de saúde é o de desenvolver a articulação de ações que respondam ao dinâmico

processo de transição nutricional.

Entende-se que a ampliação do diálogo intersetorial nesse campo depende da produção de alguns consensos mínimos quanto à articulação das políticas e programas nos níveis federal, estadual e municipal, bem como quanto à partilha de responsabilidades e competências para sua gestão.

Um dos grandes avanços observados quanto à implementação das ações de alimentação e nutrição no SUS, diz respeito ao intenso trabalho, desenvolvido pela CGPAN nos últimos anos, para a definição de atribuições, responsabilidades e competências da PNAN no campo da SAN, bem como para a construção e o fortalecimento de parcerias entre o Setor Saúde e os demais setores públicos e privados envolvidos na execução da Política.

Outro aspecto a ser abordado no eixo “relações”, são as ações de divulgação da alimentação saudável e das atividades realizadas pela CGPAN.

A Promoção da Alimentação Saudável (PAS) é uma das principais linhas de trabalho da

CGPAN e tem como objetivo apoiar os estados e municípios brasileiros no desenvolvimento de ações e abordagens que contribuam para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. A educação em saúde e a disponibilização de informação é uma das ferramentas para estimular a autonomia das pessoas frente as escolhas alimentares mais saudáveis.

A Coordenação acumula, desde sua criação, um vasto acervo de publicações (guias, manuais técnicos, materiais educativos etc), cartazes e spots para rádio – de reconhecida qualidade – sobre variados temas relacionados à promoção da alimentação saudável.

No entanto, apesar da vasta e qualificada produção, existe um déficit no momento de sua socialização, tanto para os gestores estaduais e municipais, quanto para a população em geral. Esse déficit de comunicação pode ser revertido a partir de ações planejadas e sistemáticas de divulgação, na grande mídia, do material produzido e da intensificação das ações de capacitação.

3.3 Práticas

As ações de alimentação e nutrição possuem como marca a transversalidade. No entanto, em que pesem os esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde nos últimos anos para a reorientação do modelo de atenção à saúde em todos os níveis de complexidade, com o expressivo investimento na atenção primária, prevalecem na área da saúde coletiva práticas relacionadas à medicalização e ao uso da tecnologia, o que dificulta a efetiva inserção da agenda e da prática da nutrição nesse lócus da atenção.

A Atenção Primária em Saúde - que tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) elementos concretos de reorganização do modelo de atenção à saúde - engloba um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Em documento de posicionamento intitulado “O Papel do Nutricionista na Atenção Pri-

mária à Saúde” (2008), o Conselho Federal de Nutricionistas aponta para o papel da nutrição como área estratégica nesse nível de atenção e sua importância para a qualificação e a garantia da integralidade da atenção à saúde ofertada à população.

A atenção primária em saúde tem o potencial de constituir-se em medida de alta relevância uma vez que pode atuar evitando a referência de casos, ou mesmo a procura direta aos níveis de média e alta complexidade do sistema de saúde, mais escassos e onerosos. Nesse sentido, fortalecer o cuidado nutricional no âmbito da atenção primária apresenta-se como forma mais econômica, ágil e eficiente de prevenir a ocorrência de novos casos de obesidade e doenças associadas à má alimentação (Conselho Federal de Nutricionistas, 2008).

Contudo, tal inserção pressupõe a incorporação de profissionais de saúde capacitados para desenvolver ações de promoção da alimentação saudável direcionadas a indivíduos em todas as fases do curso da vida e comunidades.

Quanto a esse requisito, apesar dos esforços da CGPAN em promover cursos de formação, a capacitação dos profissionais da atenção primária para o tema da alimentação e nutrição ainda é fragmentada, o que se reflete na pequena quantidade de técnicos que lidam com essas demandas frente ao conjunto de pessoas que trabalham no contexto da atenção primária.

Esse quadro se conforma num complexo processo de disputas e negociações entre diversos campos do saber na área da saúde coletiva. Tais correlações de força ocorrem muito mais no âmbito simbólico do que no âmbito técnico-científico, uma vez que são fartas as pesquisas que confirmam o processo de transição epidemiológica e nutricional, e evidenciam, no Brasil e no mundo, a importância da promoção da alimentação saudável para prevenção de enfermidades.

A necessidade de maior inserção da alimentação e nutrição nos diversos níveis de complexidade do SUS pode ser elaborada como a busca de uma estratégia de “ocupação dos espaços”. Para tanto, avalia-se a necessidade de negociar

a agenda da área com outros setores, formar profissionais de maneira colaborativa, compartilhar processos e procedimentos de gestão.

3.4 Instrumentos de política

A Carta Magna de 1988 representou um marco ético, político, normativo e gerencial na garantia do direito à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde. Segundo Medici (1995, apud COSTA, 2002), o SUS apresenta três inovações relevantes na política de saúde: 1) a definição de um comando único para o sistema de saúde em cada esfera de governo; 2) a descentralização como princípio organizador básico, cabendo aos estados e municípios a primazia da prestação dos serviços de saúde e; 3) a co-responsabilidade do financiamento dos recursos entre União, estados e municípios. Outra inovação importante da Constituição foi a criação da Seguridade Social brasileira, que agrega o direito universal à saúde, à assistência e a previdência social.

A Constituição define o SUS como um sistema organizado em rede, envolvendo participa-

ção social, segundo o princípio descentralizador e cooperativo. A legislação complementar prevê a realização de um amplo processo decisório, com a criação dos conselhos de saúde em cada esfera de governo, atuando de maneira integrada (COSTA, 2002). Assim, a partir do texto constitucional, o governo federal, os estados e municípios assumem responsabilidades e prerrogativas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Se essa forma de organização traz significativos avanços e conquistas para a formulação e implementação das políticas públicas, democratizando seu processo de construção e viabilizando seu regular acompanhamento e avaliação por parte não apenas dos órgãos governamentais, como principalmente da sociedade civil, também requer um complexo processo de gestão e operacionalização, um dos gargalos a serem enfrentados no campo das políticas públicas, sobretudo as de alcance nacional. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição não foge a esse desafio.

Desse modo, cabe aos gestores do SUS, em

suas respectivas áreas de abrangência (federal, estadual e municipal) promover a implementação e a avaliação da PNAN, viabilizando a construção de parcerias e a articulação interinstitucional.

Embora a concepção da PNAN agregue diversos méritos, sendo inegável sua sólida e qualificada elaboração em termos de princípios norteadores, a política ainda carece de aperfeiçoamento quanto à operacionalização de suas diretrizes e regulação de suas ações.

Tal panorama pode ser gradualmente superado a partir da elaboração de instrumentos de política complementares à PNAN (com ênfase no conjunto de leis e demais regulamentações, tais como: portarias, instruções normativas, instruções operacionais etc), com o objetivo de:

- Garantir a atualização permanente da política conforme o surgimento de novas necessidades, demandas, pressões e descobertas;
- Ampliar e consolidar a rede de alimentação e nutrição;

- Conferir direção e homogeneidade aos processos de gestão nos estados e municípios, além de certo grau de estabilidade administrativa e política para os programas implementados.

Além disso, como afirmam Leão e Castro (2007), o conhecimento da amplitude e da distribuição geográfica dos eventos de interesse para a área de alimentação e nutrição, assim como o monitoramento das tendências temporais desses eventos são ações essenciais para o planejamento, a avaliação e o redirecionamento das políticas públicas.

Em solo nacional, tais ações vêm sendo desenvolvidas mediante a combinação de duas iniciativas: a realização de estudos nacionais e regionais de base populacional e; a implementação de sistemas de informação, vigilância e monitoramento de eventos específicos ou de implementação de políticas ou programas.

Quanto aos sistemas de informação, vigilância e monitoramento, merece destaque o Sisvan, que se afirma como um importante instrumento de política para o monitoramen-

to da situação alimentar e nutricional em nível local, cujos avanços contribuem significativamente para fortalecer a institucionalidade das ações de alimentação e nutrição no SUS.

4. Conclusões e recomendações

A formulação da PNAN baseou-se no que havia de indicativo de questões importantes sobre o perfil alimentar e nutricional no país, tendo como base as premissas apresentadas na Cúpula Mundial de Alimentação. A Política foi fundamentada no princípio da alimentação como direito humano e dever do Estado. Sua criação representou um marco para o campo da alimentação e nutrição no Brasil, uma vez que constitui referência regulatória, política, técnica e ética para os profissionais de nutrição, e de outros campos, que trabalham na área da saúde coletiva.

Computa-se, dentre os méritos da PNAN, a implantação do SISVAN, uma de suas diretrizes, voltado a reunir informações que venham a subsidiar as políticas públicas para a melhoria das condições nutricionais da população e

na manutenção de um eixo de convergência setorial importante no setor da saúde pública. Outro grande mérito desencadeado pela política foi a produção de materiais informativos de alta qualidade sobre a promoção da alimentação saudável, os quais se tornaram uma referência na área. Foi realizado também um esforço para capacitação de recursos humanos nas esferas estaduais e municipais com vistas a dar capilaridade e operacionalidade às diretrizes da Política.

A alimentação como direito humano requer o esforço da transversalidade e intersetorialidade, pontos fundamentais para a consolidação da Política. É necessário também conferir maior inserção da agenda da alimentação e nutrição em todos os níveis de complexidade do SUS, bem como assegurar a efetiva operacionalização de suas diretrizes nos níveis federal, estadual e municipal - dois grandes desafios.

A área de alimentação e nutrição deve trabalhar, de forma integrada com outros setores do Ministério da Saúde, tendo em vista a sensibilização de gestores e outros profissionais

para a implantação da estratégia de promoção da saúde.

Para tanto, se faz necessário o aprimoramento dos instrumentos de política, sobretudo normativos, destinados à regulação dos processos de gestão, além do investimento na capacitação de recursos humanos. Tais iniciativas devem ser acompanhadas por uma ampliação dos espaços de diálogo em torno do processo de implementação da PNAN e de suas ações.

Esse esforço de pactuação e integração também deve se estender ao campo da SAN, pois a PNAN é uma das bases fundamentais para garantir a realização do direito humano à saúde e à alimentação adequada, sem os quais não se pode falar em Segurança Alimentar.

Nos últimos anos, uma rede de eventos interligados conduziram a uma verdadeira mudança de paradigma da alimentação e nutrição no campo das políticas públicas. Cabe destacar: a criação do MDS; a unificação dos programas federais de transferência de renda sob a chancela do Programa Bolsa Família;

a criação do Sisan por intermédio da Losan; o ressurgimento do Consea, em 2003.

Se tais acontecimentos, por um lado, trouxeram questionamentos e desafios quanto ao compartilhamento de competências e responsabilidades, por outro, constituíram-se como uma oportunidade de reflexão e transformação. Uma vez que o tema da segurança alimentar e nutricional é prioritário na agenda governamental, a atuação do Setor Saúde adquire fundamental importância para o sucesso das metas e objetivos a serem alcançados, sobretudo em relação à garantia da saúde e bem-estar da população por meio da promoção da alimentação saudável.

Desse modo, objetivando contribuir com o processo de revisão/atualização do texto da Política Nacional de Alimentação e Nutrição são apresentadas, a seguir, algumas recomendações voltadas para subsidiar a reflexão e análise de seus gestores e técnicos, quanto ao aspecto institucionalidade:

- Inserção, no texto da Política, de capítulo voltado para a apresentação dos princípios

de gestão relacionados à implementação da PNAN na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: Descentralização político-administrativa e Territorialização; Financiamento; Controle Democrático e Participação dos titulares de direitos nos conselhos de políticas públicas; Política de Recursos Humanos; Informação, Monitoramento e a Avaliação;

- Elucidar, no texto na PNAN, a convergência das diretrizes dessa com a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan), bem como sua interface com as demais políticas federais que concorrem para a promoção da segurança alimentar e nutricional, delimitando as respectivas responsabilidades e atribuições;
- Investimento na elaboração sistemática de “instrumentos de política”, sobretudo instrumentos regulatórios complementares ao texto da PNAN (leis, portarias, instruções normativas, instruções operacionais),

- para a especificação de procedimentos operacionais e de gestão, tendo em vista conferir direção e homogeneidade às ações de alimentação e nutrição nos estados e municípios. Tais instrumentos podem ser atualizados e modificados com maior rapidez e eficiência de acordo com as necessidades técnicas e operacionais da CGPAN;
- Maior investimento na capacitação de equipes de saúde multidisciplinares, visando fortalecer e qualificar o cuidado nutricional nos diversos níveis de complexidade do SUS, com especial atenção para a incorporação das ações de alimentação e nutrição no contexto da Atenção Primária em Saúde e, em particular, da Estratégia Saúde da Família, além de capacitação técnica necessária às atividades de vigilância alimentar e nutricional;
 - Maior investimento no diálogo político voltado para a sensibilização de gestores federais e estaduais quanto ao papel da nutrição como área estratégica da Atenção Primária em Saúde;
 - Maior investimento em ações de comunicação para o público interno e público em geral, visando intensificar a divulgação das atividades e dos materiais educativos desenvolvidos pela GGPAN.
-

Referências bibliográficas

ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de; ARRUDA, Ilma Kruse Grande de. **Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 7, n. 3, 2007.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000300011&lng=&nrm=iso

Acesso em: 20 2008. doi: 10.1590/S1519-38292007000300011

BATISTA-FILHO, Malaquias; ASSIS, Ana Marlúcia Oliveira de; KAC, Gilberto. “Transição nutricional: conceito e características” In KAC, G; SICHIERI, R; GIGANTE, D (orgs). **Epidemiologia nutricional**. RJ: Ed. Fiocruz/Atheneu, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde. Brasília: out/2008. Disponível em http://www.cfn.org.br/novosite/arquivos/Livreto_Atencao_Primaria_a_Saude.pdf

COSTA, Ricardo Cesar Rocha da. **Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990**. Rev. Sociol. Polit., Curitiba, n. 18, jun. 2002.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782002000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2009. doi: 10.1590/S0104-44782002000100005.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; SEDH - Secretaria de Estado dos Direitos Humanos; MRE - Ministério das Relações Exteriores. **A segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação no Brasil**. Brasília, maio de 2002.

LEÃO, Marília Mendonça; CASTRO, Inês Rugani Ribeiro de. “Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição” In KAC, G; SICHIERI, R; GIGANTE, D (orgs). **Epidemiologia nutricional**. RJ: Ed. Fiocruz/Atheneu, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CGPAN. **A PNAN no contexto da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: maio de 2006. Mimeo.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Observatório de políticas de vigilância, prevenção e controle de DCNT (OPDCNT). **Mapeamento das iniciativas de vigilância, prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 1999-2005: subsídios para a formulação de uma política nacional de vigilância integrada.** Eixo: Política Nacional de Alimentação e Nutrição (1999/2005). Relatório de Pesquisa. Maio de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ CGPAN. **Análise do processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (2000/2008).** Relatório de Pesquisa. Fevereiro de 2009.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Em defesa da política.** São Paulo: SENAC São Paulo, 2001.

PEREIRA, Potyara A. P. “Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania” In BOSCHETTI (et al). **Política Social no Capitalismo.** São Paulo: Cortez, 2008.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de. **Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação.** Saude soc., São Paulo, v.17, n. 2, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2009. doi: 10.1590/S0104-12902008000200016.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. **Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis.** Rev. Nutr., Campinas, v. 18, n. 5, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 agosto 2008.

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

TEXTO DE OPINIÃO 2 |

O financiamento federal de ações e serviços de alimentação e nutrição em saúde

Por Gilson Carvalho¹

1. Introdução

Este estudo tem como propósito identificar dados sobre a questão do financiamento da alimentação e nutrição no Brasil. Fui pesquisar e, como já deduzia, este é um estudo quase impossível pela precariedade dos dados. O início deve ser pela identificação de quais sejam as atividades ligadas ao tema e qual seu financia-

mento. Fui buscar na Constituição Federal e na legislação infraconstitucional as citações de alimentação e nutrição. Caminhei pelos fundamentos do SUS, e consegui identificar por onde começar a pesquisa deste financiamento. Fiz uma análise do financiamento da saúde e depois, finalmente, adentrei no financia-

1. Médico Pediatra e de Saúde Pública - O autor adota a política do *copyleft* podendo este texto ser divulgado independente de outra autorização. Textos do autor disponíveis no site www.idisa.org.br
Contato: carvalhogilson@uol.com.br.

Os conteúdos expressos neste documento são de inteira responsabilidade do autor e não expressam necessariamente a opinião do Ministério da Saúde e da Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos.

to das ações de alimentação e nutrição. Finalizei com um conjunto de conclusões e propostas. Estructurei a análise nos seguintes termos:

- Fundamentos do SUS
- Fundamentos da alimentação e nutrição no SUS
- Financiamento das ações e serviços de saúde
- Financiamento de ações de alimentação e nutrição como condicionante e determinante da saúde
- Financiamento das ações de alimentação e nutrição específica dos órgãos públicos de saúde

2. Fundamentos do SUS

Os fundamentos do SUS são essenciais para se identificar a essência do Sistema Único de Saúde. Objetivos, funções, princípios e diretrizes que devem ser aplicados a ações e serviços de alimentação e nutrição. A CF de 1988, nascida após 20 anos de ditadura militar, consagrou a saúde como direito de cidadania. Afirmou a garantia deste direito como um dever do Estado brasileiro, o que foi uma grande vitória. A CF

e a Lei 8080 e 8142, consideradas como Lei Orgânica da Saúde, detalharam o direito à saúde em objetivos, funções, princípios e diretrizes.

Ainda que pareça à quase totalidade das pessoas, incluindo-se profissionais de saúde, o SUS não deve apenas, tratar doentes. As ações e serviços de saúde têm três objetivos. Primeiro é identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde (trabalho, salário, casa, comida, vestuário, educação, cultura, saneamento, transporte etc.). Segundo, planejar para mudar a situação, de maneira que diminuam os riscos de doenças e agravos à saúde. Terceiro, fazer ações e serviços de saúde de três naturezas: promoção da saúde, trabalhando para mudar as causas da doença; proteção à saúde, com ações específicas sobre os riscos como o uso de vacinas e de exames preventivos; finalmente ações de recuperação da saúde, tratando efetivamente dos que já adoeceram.

Para que estes objetivos sejam atendidos os governos têm que cumprir quatro funções: regular o sistema de saúde público e privado; controlar e fiscalizar o cumprimento das regras

estabelecidas e finalmente executar as ações e serviços de saúde. Foram estabelecidas diretrizes e princípios norteadores tanto do ponto de vista tecno-assistencial, como tecno-gerencial. Entre os princípios tecno-assistenciais temos a integralidade (o tudo), a universalidade (o para todos) a igualdade (com equidade), a intersetorialidade (saúde depende de inúmeros outros setores), a capacidade de resolver problemas (resolutividade), o direito à informação (sobre a saúde das pessoas e sobre ações e serviços de saúde), a autonomia das pessoas (decisão depois da informação), a base epidemiológica para planejar, priorizar e alocar recursos. São princípios tecno-gerenciais: a descentralização (o MS não deve ser o executor, mas municípios e estados), organização em rede regionalizada e hierarquizada (de complexidade crescente), financiamento trilateral (União, Estados e Municípios), complementariedade do privado (com precedência dos sem fins lucrativos), suplementariedade do privado (é livre a iniciativa privada na saúde – regulada e fiscalizada pelo público), participação da comunidade como

agente em seus próprios cuidados, mesmo dentro dos serviços de saúde e como responsável pela gestão participativa, propondo e controlando o público e o privado pelos conselhos e conferências nacional, estadual e municipal de saúde.

As ações de saúde no ano de 2009 realizadas pelo SUS – nas três esferas de governo, chegaram, a cerca de 3,4 bilhões. Na atenção básica 1,6 bi e na média e alta complexidade 1,4 bi. Foram 11,1 mi de internações: 5,4 cirúrgicas e 5,7 clínicas. Exames bioquímicos, anatomopatológicos, outros 440 milhões. Exames de imagem 70,58 mi. Saúde bucal, clínica e cirúrgica 239 milhões. Fisioterapia, 40 milhões. Consultas médicas e de outros profissionais de nível universitário 1,2 bilhões. Terapia renal substitutiva 11 milhões. São apenas alguns grandes números, mostrando o tamanho do SUS e o muito que faz. É o maior sistema de saúde no mundo não tendo paralelo, nem similar. Existem sim, sistemas universais melhores, mas, menores: com mais história, mais qualidade e muito mais dinheiro *per capita*.

As ações de alimentação e nutrição são mais complexas para se identificar, pois muitas vezes estão dentro de outros procedimentos como consulta e internações. As ações identificáveis como próprias da área são quantificadas no ano de 2009, em 17,3 milhões de procedimentos entre aplicação de micronutrientes, avaliação antropométrica (15,6 mi), coleta externa e pasteurização de leite materno.

3. Alimentação no contexto do SUS

3.1 Alimentação e nutrição como condicionante e determinante

Pensar que a questão de alimentação e nutrição tem que ser contabilizada, em primeiro lugar como um condicionante e determinante da saúde e que não depende exclusivamente da saúde. É uma típica questão intersetorial. Se tomarmos a CF pode começar pelos seus artigos iniciais. No Art.1 da CF pode ler como princípios fundamentais:

“A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municí-

pios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V - o pluralismo político.

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”

Na parte da CF que trata do trabalhador, a alimentação está lembrada no momento em que se fala do valor do salário mínimo:

“Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:... IV - salário mínimo , fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação,

educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim;”

Mais à frente, dentro desta lógica dos condicionantes e determinantes vale lembrar o que diz o Art.193 que coloca o trabalho como primado e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais. Completa-se esta questão com o texto inicial da saúde no Art.196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Se caminarmos para a Lei 8080 no seu Art.3

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo

único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.”

Ainda a lei da cesta básica da época do Getúlio, do auxílio alimentação do trabalhador e do Bolsa Família que acabou por incluir nela recursos antes destinado especificamente à alimentação das pessoas como Bolsa Alimentação.

3.2 Alimentação e nutrição como campo de atuação do SUS

Como dito acima, para atingir seus objetivos o SUS tem funções a serem cumpridas. As funções do SUS: regular, controlar, fiscalizar e executar, dizem respeito ao público e ao privado. Perante todos os serviços privados de saúde o poder público tem que fazer o papel de regular, controlar e fiscalizar, o que inclui as questões relativas à alimentação em geral, mesmo aquelas fora do campo da saúde. A alimentação e nutrição estão intrínsecas ao SUS. Na CF no Art. 200 estão explicitadas.

“Ao SUS compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.”

Todas estas funções dizem respeito também à alimentação e nutrição com destaque para o inciso VI que trata dos alimentos e be-

vidas. A CF é melhor detalhada na lei 8080 no que tange à saúde. Sempre presente com destaque, como no Art.6, a vigilância nutricional e a orientação alimentar. O Art.12 e 13 fala das comissões intersetoriais, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, que destacam em especial e como primeira, as atividades de alimentação e nutrição.

As três esferas de governo têm responsabilidade nos cuidados com saúde e elas praticamente servem a todas às áreas da saúde: desde a regulação, o planejamento, o orçamento. Estas competências estão discriminadas nos artigos 15, 16, 17, 18 da Lei 8080. Também a política de recursos humanos diz respeito à alimentação e nutrição, como integração entre saúde e educação em todos os níveis de ensino, incluindo-se a pós graduação e como campo de estágio.

4. Financiamento público das ações e serviços de saúde

O gasto com saúde, no Brasil chegou, em 2008, a R\$219 bi entre o público e o privado.

Para 2010 são esperados gastos totais no Brasil da ordem de R\$280 bi, sendo cerca da metade de gasto público e a outra metade de privado. O gasto privado inclui o dos planos e seguros, o diretamente desembolsado, o gasto com medicamentos comprados pelo privado em farmácias. Devem ser descontados os recursos referentes à renúncia fiscal do imposto de renda, das filantrópicas, dos medicamentos. Incluem-se neste gasto público e privado também ações relativas à alimentação e nutrição tanto as práticas educativas e terapêuticas alimentares, como o gasto com dietas dos pacientes internados.

A cada ano, estimo os dados do financiamento público e privado de saúde. São estimativas com todas as falhas possíveis e imagináveis, mas, não existem outros estudos que sistematicamente tentam fazê-las. Optei por ter estes dados ainda que aproximados, mas, tê-los e divulgá-los até para estimular estudos de outros. Estes dados podem ser vistos de várias maneiras. Uso dois raciocínios. O primeiro deles está no Quadro 1 em que trabalho com

os dados federais realizados em 2009 e contabilizados como dentro dos limites de ações e serviços de saúde da EC-29 e da legislação recepcionada. Estados e municípios estão com as receitas estimadas baseadas nos orçamentos propostos. No campo privado trabalho com os dados de 2009 da ANS sobre planos e seguros. Uso a POF 2008-09 para estimar os recursos usados efetivamente em 2009.

Quadro 1 Estimativa gasto saúde Brasil 2009				
Fontes	R\$ BI	% PP	% TOT	% PIB
Federal	58	46	22	1,9
Estadual	34	27	13	1
Municipal	35	27	13	1,1
Total Público	127	100	47	4
Planos Seguros	64	45	24	2
Gasto Direto	24	17	9	0,8
Medicamentos	55	38	20	1,7
Total Privado	143	100	53	4,5
Total Brasil	270		100	8,5

Fonte: MS-SPO – MS-SIOPS – ANS – IBGE-POF-2008 – Estudos GC; nota explicativa: % PP=% público e privado; % tot= total; PIB 2009 3,14 tri; gasto direto=pessoas pagando diretamente os serviços de saúde.

Estes dados podem ser vistos de maneira diferente com alguns outros componentes. Houve uma renúncia fiscal federal para a área de saúde que representa dinheiro público contabilizado como se privado fosse.

Quadro 2 Renúncia fiscal União para a Saúde-2009-R\$bi	
IRPF - despesas médicas	3,1
IRPJ - assistência a empregados: médica, odontológico, farmacêutica	2,3
Entidades sem fins lucrativos - assistência social	2,1
Indústria farmacêutica (medicamentos)	5,1
Total benefício tributário p/saúde	12,1

Fonte: MF

Se fizermos um balanço compensatório entre os valores destes dois quadros, podemos chegar a outros números que denomino virada público-privado no Quadro 3.

QUADRO 3

A Virada Público-Privado:

Os dados podem ser lidos de forma diferente se analisados com valores da renúncia fiscal.

O gasto privado foi de R\$143 bi subtrair renúncia fiscal

imposto de renda (5,5 bi) = R\$137 bi

O gasto público foi 125 bi

Acrescentar renúncia fiscal IR= 5,5 = R\$131 bi

Acrescentar renúncia de filantrópicas e de medicamentos (IPI) (7,2 bi) = R\$138 bi

Privado = R\$ 137 bi (49,8%)

Público = R\$ 138 bi (50,2%)

Total = R\$ 275 bi (100%)

Per capita público (138 bi/191,5 mi hab.): R\$722

PC privado (plan/seg.) (64 Bi/43 mi benef): R\$1.488

Somados públicos e todos os privados

(275 Bi/191 mi) = R\$1.439 PC

R\$1.439 = US\$ 959 (internacional – PPP)

R\$ 722 público = US\$ 481 - R\$1.488 Privado = US\$ 992

5. Financiamento público de ações de nutrição e alimentação

Vou buscar dados de gastos com alimentação e nutrição tanto no grupo de condicionantes e determinantes da saúde, como os gastos específicos com saúde. Já, por antecipação, posso afirmar que estes dados são extremamente precários, mas de alguma maneira poderão ser buscados.

5.1 Gasto com alimentação como condicionante e determinante

Os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009 acaba de ser publicado pelo IBGE e encontra-se em divulgação. A POF 2008-09, segundo resultados do IBGE, foram, resumidos no Quadro 4.

Quadro 4 - Despesas monetária e não monetária média mensal familiar, por classes de rendimento total e variação patrimonial mensal <i>per capita</i> , despesas com alimentação – Brasil 2008-09								
Tipos de despesa, número e tamanho médio das famílias	Despesas monetária e não monetária média mensal familiar (R\$)							
	Total	Classes de rendimento total e variação patrimonial mensal familiar (1)						
		Até 830 (2)	Mais de 830 a 1.245	Mais de 1.245 a 2.490	Mais de 2.490 a 4.150	Mais de 4.150 a 6.225	Mais de 6.225 a 10.375	Mais de 10.375
Despesa Total	2 626,31	744,98	1.124,99	1 810,69	3.133,00	4 778,06	7.196,08	14.098,40
Total Pc	795,85	225,75	340,91	548,69	949,39	1.447,90	2.180,63	4.272,24
Alimentação	421,72	207,15	279,02	378,83	522,66	655,45	842,79	1.198,14
Alimentação PC	127,79	62,77	84,55	114,80	158,38	198,62	255,39	363,07

Fonte: POF 2008-09 - Estudos GC

A despesa média mensal do brasileiro, por domicílio foi de R\$2.626, a urbana representando 91,7% do total e a rural 8,3%. Neste total a despesa com alimentação por domicílio foi de R\$421,72. Urbana 87,6% e rural 12,4%. O percentual de gasto com alimentação na ren-

da total foi de 16%. Como, na própria POF, cada família tem, em média, 3,3 pessoas o gasto por pessoa com alimentação foi de R\$128/mês. Esta despesa só foi superada pelo gasto com habitação, incluindo-se no aluguel a despesa com condomínio.

Quadro 5 - Despesas de consumo monetária e não monetária média mensal <i>per capita</i> , por tipos de despesa, segundo a situação do domicílio, grandes regiões, período 2008-2009												
Situação do domicílio, Grandes Regiões e Unidades da Federação	Despesas de consumo monetária e não monetária média mensal familiar (R\$)											
	Total	Tipos de despesa										
		Alimentação	Habitação	Vestuário	Transporte	Higiene e cuidados pessoais	Assistência à saúde	Educação	Recreação e cultura	Fumo	Serviços pessoais	Despesas diversas
Brasil	646,90	127,79	232,09	35,82	127,03	15,46	46,61	19,64	12,96	3,52	7,23	18,75
Brasil %	100%	19,8	35,9	5,5	19,6	2,4	7,2	3,0	2,0	0,5	1,1	2,9
Norte	510,26	131,53	171,34	37,84	84,08	18,18	24,92	12,00	9,93	2,08	5,43	12,92
Nordeste	432,46	104,82	141,75	28,29	78,58	13,47	28,23	12,13	7,93	1,89	4,82	10,56
Sudeste	766,45	140,62	284,76	37,65	149,15	16,01	60,27	26,00	16,15	4,57	9,14	22,15
Sul	740,65	136,89	259,51	44,06	162,43	16,09	51,74	18,63	15,01	4,25	6,63	25,41
Centro-Oeste	623,05	110,50	236,06	32,65	132,09	15,37	39,62	17,44	10,29	2,87	7,25	18,91

Fonte: POF 2008-09 - Estudos GC

Pelo Quadro 5 pode-se ver que existem três despesas fundamentais para as famílias que representam praticamente 75% de todas as despesas familiares: alimentação, habitação e transporte. O mesmo acontecia na POF 2003, não se modificando o quadro, ainda que tenha elevado o gasto com transporte e reduzido o gasto com alimentação (POF-2003-IBGE).

Gasto privado com alimentação dos trabalhadores em geral – auxílio alimentação

Existe controvérsia sobre a obrigatoriedade ou não do Vale Refeição ou Vale alimentação se pago pelo empregador ou trabalhador. Torna-se legal, como obrigação do empregador quando estiver em acordo trabalhista de convenção coletiva ou já estiver previsto no contrato de trabalho. Outra questão é a contabilização como salário ou não. Hoje a opinião dominante é de que para os trabalhadores celetistas seja incorporado como salário do trabalhador o que implica nos demais pagamentos correspondentes como a cota de INSS e de FGTS. Se houver desconto de parte do salário do trabalhador, é

entendimento que não se contabiliza a parte do empregador como salário. Quando trabalhador público, estatutário, não se contabiliza como salário e conseqüentemente não é computado como gasto com pessoal no limite da Lei de Responsabilidade Fiscal.

No detalhamento das despesas com alimentação existe o gasto com alimentação fora de casa que cresceu de 24,1% em 2003 para 31,1% em 2009.

Gasto com alimentação e nutrição dos poderes públicos federais incluindo a alimentação dos trabalhadores públicos

Existem vários gastos federais em alimentação e nutrição como uma das sub-funções ligadas à saúde. Estas são executadas pelos três poderes e dentro do executivo, por vários ministérios. Destacam-se os gastos executadas pelo conjunto dos poderes públicos o auxílio-alimentação dos trabalhadores e o executado pelo Ministério da Educação que destina recursos de apoio à alimentação de alunos do ensino básico, ou seja, a merenda escolar.

Quadro 6 - Gastos sub-função alimentação e nutrição - Senado/Siga - Brasil - 2009					
Área aplicação	Finalidade	Inicial	Autorizado	Empenhado	Pago
Três Poderes	Auxílio-alimentação aos servidores e empregados	2.055.699.304	2.150.945.073	2.112.742.074	2.071.940.989
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome	Várias ações	20.126.000	19.531.000	12.245.138	4.020.259
	Melhoria condições socioeconômicas das famílias	17.590.000	16.883.000	15.328.495	10.005.326
	Aquisição de alimentos da agricultura familiar	473.164.176	624.324.625	488.396.631	435.925.816
	Apoio agricultura urbana, periurbana e sistemas coletivo para autoconsumo	13.200.000	13.200.000	11.914.901	5.071.551
Ministério da Educação- FNDE	Apoio alimentação educação básica -merenda escolar	2.026.625.172	2.026.625.172	2.023.148.470	2.013.776.560
M.Saúde	Fundo Nacional de Saúde				
Total	Alimentação e nutrição	4.606.404.652	4.851.508.870	4.663.775.710	4.540.740.501

Fonte: SENADO - SIGA

O auxílio-alimentação dos servidores públicos federais é considerado hoje um direito do trabalhador público seja ele estatutário, celetista ou mesmo “agregado” ou “temporário”. Entre o ano de 2004 e 2010 não houve nenhum aumento nem correção dos valores. O ano de 2010 trouxe aumento do valor mensal do auxílio alimentação para R\$304, ainda defasado segundo o sindicato, mas maior que inúmeros

outros empregados que, ou não têm ou o têm de menor valor. De outro lado, fez uma equiparação de todos os auxílios em um único valor para todos os servidores.

O valor gasto em 2009 é o maior dos gastos federais empenhados na sub-função alimentação e nutrição: R\$2.112.742.074. Com o reajuste e equiparação de 2010 o impacto será de mais cerca de 50% deste valor. Outro gran-

de gasto nesta sub-função é o do Ministério da Educação com apoio à alimentação dos estudantes do ensino básico. Estes recursos são transferidos e aplicados pelos entes federados e têm como objetivo ajudar na merenda escolar. O recurso empenhado em 2009 foi de R\$2.023.148.470. Este programa denomina-se Programa Nacional de Alimentação Escola – PNAE, talvez o mais antigo deles, pois completa em 2010, cinco décadas e meia de implantação. Além de oferecer o suplemento alimentar aos estudantes, tem também um valor pedagógico na melhora dos hábitos alimentares. É um valor estipulado per-capita que em 2009 foi de R\$0,22 e aplicável tanto às pré-escolas e escolas públicas de ensino fundamental, quanto às filantrópicas. Dobra este valor para as comunidades indígenas e quilombolas. A transferência é feita a Estados e Municípios distribuídas em 10 parcelas mensais em conta bancária específica, fiscalizada pelos órgãos de controle interno e externo e por um conselho com participação da comunidade.

O Ministério do Desenvolvimento Social

executa uma parcela menor de recursos com uma série de projetos e programas sendo os de maior destaque a aquisição de alimentos da agricultura domiciliar com R\$488.396.631 tendo empenhado cerca de apenas dois terços do autorizado. Outros dois programas individualizados são a melhoria das condições sócio-econômicas das famílias e o apoio à agricultura urbana, periurbana e sistemas coletivos para auto-consumo o primeiro com cerca de R\$ 15 mi e o segundo com R\$12 mi.

Chama a atenção que o SIGA, um sistema integrado de informações do Senado Federal, traga zerados os números referentes aos gastos do Ministério da Saúde em relação à alimentação e nutrição. Traz os demais gastos dos três poderes e de outros Ministérios, menos o da Saúde. Mais à frente vamos entrar no detalhe destes números. Adianto apenas que o total de recursos administrados pelo Ministério da Saúde em sua PNAN é de R\$38 mi apenas. Comparando: este valor é 56 vezes menor que o auxílio alimentação dos servidores públicos e que o apoio à merenda escolar

em 2009 (quase 80 vezes em relação ao de 2010), cada um considerado em separado; 14 vezes menos que os recursos de alimentação e nutrição administrados pelo Ministério de Desenvolvimento Social e de Combate à Fome.

Se fizer uma correlação com os recursos alocados no Ministério da Saúde para o auxílio alimentação dos servidores em 2009, este é cinco vezes maior que os destinados ao Programa Nacional de Alimentação e Nutrição no próprio Ministério da Saúde. Esta correlação se agrava, proporcionalmente, em 2010 chegando a cerca de 7,5 vezes menos considerando quase inalterado o orçamento do PNAM previsto para 2010 e a estimativa de crescimento médio do auxílio alimentação de 50%.

5.2 Gasto com programas de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde

A mensuração do gasto com alimentação e nutrição na área de saúde é de difícil apuração. Os motivos são vários. O primeiro deles refere-se à questão da geração e gestão de recursos, pois existem recursos de cada esfera de gover-

no. Outro enfoque é que parte dos recursos federais é transferida a estados e municípios que os administram.

O mais importante é dizer que existem inúmeros recursos federais relativos à alimentação e nutrição e que são impossíveis de serem quantificados. Cito de pronto os seguintes: 1) todas as ações ligadas à educação em saúde com destaque para aquelas sobre amamentação, saúde nas escolas, grupos de idosos e outros; 2) todo o gasto com alimentação das pessoas hospitalizadas em internações de maior permanência e aquelas de hospitais dia e de pronto-atendimento com observação, incluindo-se aí os acompanhantes permitidos (de crianças, idosos e portadores de deficiência).

Vamos apresentado os dados e comentando cada um deles. O único gasto quantificável, diretamente ligado à assistência é de algumas ações específicas da área como a antropometria, coleta externa e pasteurização de leite materno, dispensação de micronutrientes. Quanto à questão dos micronutrientes provavelmente ela está dentro do financiamento dos micronu-

trientes abaixo descritas como ação própria e corre-se o risco de dupla contagem.

Todos os recursos analisados continuam sendo exclusivamente da esfera federal. O Quadro 7 mostra uma evolução histórica entre os valores das propostas do setor técnico de alimentação e nutrição. Neste caminhar entre a proposta e a lei orçamentária perde-se 75% dos recursos, como ocorreu no ano de 2009. No PPA 2008-2011, a previsão técnica era de R\$576 mi e na aprovação reduziu-se a menos da metade dos valores. Os valores aprovados no PPA acabam sendo reduzidos a 2/3 já na PLOA e na LOA.

As ações do Ministério da Saúde são rela-

tivas ao monitoramento, promoção da saúde, educação alimentar, estudos e pesquisas, micronutrientes e alimentação saudável. Estes recursos são aplicados pelo próprio Ministério da Saúde ou transferidos a estados, municípios e aos privados não lucrativos e até mesmo ao exterior em ações associadas a organismo internacional. No PPA cerca de metade dos recursos será aplicada pelo Ministério e a outra metade por outros.

O PPA traz o descritivo detalhado das ações do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição cujo financiamento está previsto para os anos de 2008-2011.

Quadro 7 - Alimentação-nutrição-da necessidade à LOA 2008-2011 – MS-Br				
Ano	Proposta	PPA	PL	LOA
2008	112.296.856	46.350.000	37.380.135	37.380.135
2009	139.799.443	51.000.000	49.600.000	38.744.108
2010	154.258.673	55.860.000	38.700.000	38.586.000
2011	169.863.989	61.330.000		
TOTAL	576.218.961	214.540.000	125.680.135	114.710.243

Fonte: MS-SPO - DAB-ALN – ESTUDOS GC

Monitoramento da situação nutricional da população brasileira

1. Apoio aos municípios (repasso financeiro) para organizar a vigilância alimentar e nutricional em nível local
2. Realização de pesquisas periódicas, com destaque para a pesquisa de consumo alimentar (a ser realizada na próxima pesquisa de orçamento familiar- POF) e pesquisas para avaliação do estado nutricional da população quanto a micronutrientes (Anemia, Bócio, hipovitaminose A)
3. Realização de capacitações presenciais e a distância em antropometria e uso de sistemas de registro de acompanhamento;
4. Compra e distribuição de equipamentos antropométricos
5. Publicação e distribuição de materiais relacionados ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN;
6. Notificação compulsória da desnutrição grave e distribuição de insumos para tratamento.
7. Realização de chamadas nutricionais junto às campanhas de vacinação principalmente

em áreas de baixa cobertura dos serviços de saúde e de vacinação.

8. Realização de supervisões técnicas para fomento do acompanhamento das condicionalidades do setor saúde do Programa Bolsa Família.

Promoção de hábitos de vida e alimentação saudáveis para prevenção de obesidades e das doenças crônicas não-transmissíveis

1. Eventos: Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Básica (em parceria com a OMS) e Seminário de Avaliação das Guias Alimentares da América Latina (em parceria com o INCAP)
2. Elaboração e distribuição de materiais educativos para a população brasileira e de apoio para os profissionais de saúde
3. Formação da rede de apoio da sociedade civil para as ações de Promoção da Alimentação Saudável
4. Apoio a estados e municípios para organizar a rede de saúde para implantação das ações de promoção da alimentação saudável,

conformada pela Estratégia de Saúde da Família, Núcleos de Atenção à Saúde da família e Unidades Básicas de Saúde.

Apoio às ações de educação e alimentação

1. Implementação das ações de educação alimentar e nutricional (20% dos municípios), por meio de capacitação, repasse de recursos para organização da área de alimentação e nutrição em nível local

2. Organização da linha de cuidado ao portador de obesidade, por meio da Implementação do Caderno de Atenção Básica - Obesidade

Atenção nutricional nos serviços de saúde

1. Organização da triagem e equipe multidisciplinar em municípios maiores de 100 mil habitantes voltados para organização da atenção nutricional (triagem, acompanhamento e avaliação) de pacientes que necessitam de dietas especiais para tratamento de patologias específicas (fórmulas alimentares)

Apoio a estudos e pesquisas sobre alimentação com enfoque na recuperação nutricional e alimentação saudável

1. Publicação de editais de pesquisas e fomento aos centros colaboradores de alimentação e nutrição (universidades) e Centros de Referências que apóiam os estados e municípios na organização das ações de alimentação e nutrição, além de executarem as pesquisas de interesse ao Ministério da Saúde

Prevenção e controle das carências por micronutrientes

1. Compra de sulfato Ferroso, ácido fólico e vitamina A

2. Elaboração e distribuição de materiais de apoio ao programa para profissionais de saúde e materiais educativos para a população

3. Seminários e eventos para qualificar as ações do Programa e supervisão técnica de municípios”

No Quadro 8, o cruzamento de dados em duas categorias. De um lado as ações ou sub-ações e de outro o modo de aplicação

(transferências a estados; municípios; exterior ou aplicação direta).

Quadro 8 - PNAN - ações e sub-ações - previsão - PPA-2008-2011 - MS - BR								
Ação	Monitoramento	Promoção	Educa. alimentar	Nutrição serviços	Estudos pesquisas	Micronutrientes	Aliment. Saudável	Total
333º Transferência Estado	12.460.000	1.500.000	5.000.000		4.000.000	0	0	22.960.000
334º Transferência Município	15.000.000	1.500.000	5.000.000	3.000.000	0	0	0	24.500.000
339º Aplicação Direta União	0	0	1.000.000		0	62.581.009	0	63.581.009
335º Transferência Priv.Não lucrativo	1.000.000	0	0		9.000.000	0	6.000.000	16.000.000
338º Transferência ao Exterior	0	3.000.000	0		2.000.000	0	0	5.000.000
449º Aplicação Direta União	2.000.000	4.000.000		1.000.000	0	0	0	7.000.000
443º Transferência Estado-CAPITAL	540.000	600.000	0	1.000.000	1.000.000	0	0	3.140.000
444º Transferência Município-CAPITAL	0		0		0	0	0	0
total	31.000.000	10.600.000	11.000.000	5.000.000	16.000.000	62.581.009	6.000.000	142.181.009

Fonte: MS-SPO - DAB-ALN – ESTUDOS GC

O Quadro 9 traz um estudo dos orçamentos executados entre 2003 e 2009 e o programado para 2010. O ano de 2003, usado como base da série traz uma diferença nominal grande, a menos, em relação aos demais anos. Lembro o fato de que no ano de 2003 ainda era gerenciado pelo Ministério da Saúde a transferência aos cidadãos do Programa Bolsa Alimentação. A partir de 2004, estes recursos foram unifica-

dos no Programa Bolsa Família e administrados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Os recursos de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde são de baixo volume, mas foram executados na quase 100%, com exceção ao ano de 2004 e 2005 quando o percentual de não execução foi de cerca de 15%. A partir de 2006 o não executado não chega a 2%.

Quadro 9 - Programa de alimentação e nutrição - orçamento - empenhado - executado - MS - 2003-2009								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
Orçamento	6.708.700**	14.689.850	18.617.820	21.537.645	47.852.470	37.380.135	38.380.135	38.586.000
Executado	6.157.410	12.444.000	16.131.936	21.244.953	45.358.809	34.616.831	38.303.051	19.609.316
Não executado	551.290	2.245.850	2.485.884	292.692	2.493.661	2.763.303	441.056	18.976.683
% Execução	91,77	84,71	86,65	98,64	94,79	92,61	99,80	50,82
% Não executado	8,23	15,29	13,35	1,36	5,21	7,39	0,20	49,18

Fonte: MS-SPO-DAB-AN - ESTUDOS GC. *Até 22/6/2010 ** Não inclui 360 mi de bolsa alimentação

No Quadro 10 os recursos anuais gastos pelo MS em alimentação e nutrição foram deflacionados a junho de 2010 para facilitar a comparação. Tomando-se como índice 100 o valor de 2003 deflacionado nos anos de 2007 a 2009

o índice está em média próximo a 400 e em 2007 dobram os recursos em relação ao ano anterior, chegando ao índice de cerca de 600 em relação a 2003, ou seja, seis vezes mais.

Quadro 10 - recursos ano - alimentação nutrição ms 2003-2010 - corrente, deflacionado* e número índice

Ano	Executado	Corrigido	nº índice
2003	6.157.410	9.174.541	100
2004	12.444.000	16.921.351	184
2005	16.131.936	20.479.492	223
2006	21.244.953	26.736.773	291
2007	45.358.809	54.943.125	599
2008	34.616.831	36.963.852	403
2009	38.303.051	40.287.149	439
2010	38.586.000	38.913.981	424

Fonte: MS-SPO-DAD-ALN - ESTUDOS GC-
*Deflacionado a junho 2010 pelo IGPM

Os recursos diretamente ligados à assistência na área ambulatorial só incluem valores dos procedimentos relativos à coleta externa de leite materno e à pasteurização. Em 2009 somaram a R\$454.000,00. Parte das ações federais de alimentação e nutrição é operada através de convênios. Uma síntese dos convênios está no Quadro 11. Chamam a atenção alguns dados destes nove anos, relativos aos convênios: um único convênio feito com município (fundo a fundo?); convênios com estados nenhum a partir de 2006 (fundo a fundo?).

Quadro 11 - nº convênios por tipo órgão/instituição área de alimentação e nutrição - Governo Federal- 2003-2009

Ano	Município	Estado	Universidade	Fund. Pública	OnG	Total	Maior valor R\$ mi	Total R\$ mi
2003		29	8	3	1	41	1,476	4,971
2004		31	12	1	5	49	0,200	7,200
2005		8	7	3		18	4,549	6,520
2006			16	2	1	19	1,666	3,696
2007	1		9	4	3	17	0,349	1,078
2008			8	2		10	2,541	3,892
2009				1		1	0,350	0,390

Fonte: MS-DAB-ALN - ESTUDOS GC

Os valores dos convênios são baixos, destacando-se que a maioria foi feita com autarquias públicas. No Quadro 12 mostro em destaque os convênios de maior valor. Estes convênios foram assinados com órgãos públicos da administração indireta.

Quadro 12 - Maiores convênios federais - alimentação e nutrição por valor - 2003-2009	
2003	FIOCRUZ - produção vitamina A - R\$ 1,476 MI
2004	Maior número de convênio - maior valor R\$0,200 MI
2005	CNPQ - R\$4,549 MI
2006	FINEP - pesquisa impacto sal iodado R\$1,666 MI
2007	FIOCRUZ - curso especialização R\$0,349 MI
2008	IBGE - pesquisa R\$ 2,541 + FIOCRUZ - curso R\$0,500 MI
2009	FIOCRUZ - curso especialização R\$0,350 MI

Fonte: MS-DAB-ALN - ESTUDOS GC

A Execução orçamentária a cada ano tem seus percalços e dificuldades. Uma delas, que se repetiu nos últimos anos, foi a dificuldade em fazer licitação de investimento para a compra de balanças adulto e infantil, antropômetros e estadiômetros, fitas métricas. O fato pode servir como justificativa de não se alocar

mais dinheiro na área já que não conseguem gastá-lo.

No Relatório Anual de Gestão – RAG de 2009 o Ministério da Saúde informa ter atingido as seguintes metas na área de Alimentação e Nutrição.

“Alimentação e nutrição

- Promoção de ações no âmbito da alimentação e nutrição, com os seguintes resultados: 8% de crianças e 30% de gestantes suplementadas com ferro; e 50% de crianças de 6 a 11 meses de idade, 37% de crianças de 12 a 59 meses e 44% de puérperas suplementadas com vitamina A.
- Alcance de 11 milhões de registros do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan.
- Cooperação para o lançamento dos resultados da Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde – PNDS.
- Implantação da Estratégia Nacional de Alimentação Complementar Saudável – Enpacs, cujo objetivo geral é o de fortalecer

a alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde, a partir da realização de oficinas de formação continuada para profissionais de saúde e outros profissionais atuantes das unidades básicas de saúde envolvidos na temática das esferas estaduais e municipais do SUS, além da elaboração de materiais de apoio.” RAG 2009 – MS - SPO

6. Conclusões e recomendações

Após este levantamento do financiamento federal da alimentação e nutrição muitas questões precisam ser analisadas para que possam ser feitas algumas propostas de como manter os caminhos certos e corrigir rumos equivocados. O mais importante é que se faça uma reflexão sobre o financiamento para a novo e atualizado Programa Nacional de Alimentação e Nutrição. Entretanto é fundamental saber em que se vão gastar os recursos. Qual a proposta prioritária? Parto do pressuposto de que não haverá aumento de recursos sem a sensibilização por uma proposta que acene com re-

sultados, que não se confunda com nenhuma proposta corporativa.

As perguntas que me foram feitas para tentar responder podem ser sintetizadas nas seguintes: Quanto de recursos a mais são necessários? Como gastá-los melhor? De onde conseguir mais recursos para a área? Como melhor executar o orçamento, seguindo as atuais regras? Como financiar as ações municipais e estaduais? Como fazer a ligação entre os recursos de alimentação e nutrição e ações e recursos para a Atenção Básica? Para a média e alta complexidade onde predomina o pagamento por procedimentos?

Além disto, várias reuniões, oficinas, seminário foram realizados levando a discussão da Política Nacional de Alimentação e nutrição que necessita de atualização para acompanhar as necessidades atuais. Tive acesso a um documento denominado de princípios e diretrizes resultante destes vários fóruns de debates, com alguns pontos essenciais ou mais importantes destacados por técnicos que trabalham na revisão do PNAN. Faço, abaixo, um resumo

livre das principais conclusões, denominadas de princípios e diretrizes resultantes de oficina e do Seminário Nacional para discutir a Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

“Princípios:

Implantar e/ou implementar nas três esferas de governo, ações de alimentação e nutrição que abordem: práticas alimentares saudáveis; acompanhamento do estado nutricional; agravos ligados à alimentação e nutrição para recuperação da saúde.”

Diretrizes:

1. Segurança Alimentar e Nutricional no SUS: Praticar a intersetorialidade em especial com o MDS para que trabalhem com promoção da alimentação saudável nos programas de transferência de renda; com o ME no ambiente escolar. Capacitar gestores e técnicos (ampliar acesso dos profissionais ao processo de educação em saúde). Produzir e divulgar material educativo. Associar a agricultura sustentável.

2. Promoção da Alimentação Saudável: Trabalhar com responsáveis por ações em grupos populacionais ou fases da vida; educação alimentar com base no Guia Alimentar para a população brasileira; fortalecer aleitamento materno; capacitar tecnicamente em IEC; aliar-se à sociedade civil (espaços sociais); campanhas nacionais de caráter informativo.

3. Vigilância da Situação Alimentar e Nutricional: Universalizar SISVAN e integrá-lo com demais sistemas de informação; **Investir em estrutura física e tecnológica; profissionais em quantidade e qualidade a partir dos planos de saúde pactuados com os gestores;** propor inclusão no SISPACTO de indicadores do estado nutricional como baixo peso e obesidade em menores de cinco anos; participar da rede interfederativa estabelecendo referência e contra referência para diagnósticos e agravos; financiar estudos e pesquisas periódicas, de base nacional e no âmbito domiciliar.

4. Organização e Implementação da Atenção Nutricional no SUS: Prevenir e controlar desnutrição e diagnosticar, monitorar o

tratamento precoce da má-nutrição; prevenção e controle do excesso de peso e de doenças crônicas não transmissíveis; elaborar e seguir protocolos; **organização da rede de serviços de saúde com responsabilização e compartilhamento de recursos das três esferas de governo**; ampliar e qualificar as ações de nutrição na Atenção Primária de Saúde (ESF-NASF); qualificação de nutricionistas nos NASF e APS; protocolos de ações de nutrição na MAC e para terapias específicas; organizar a rede de saúde e nutrição para doença celíaca, fenilcetonúria, diabetes, hipertensão, intolerância à lactose, alergias alimentares, anemia falciforme, entre outras. prevenção e linhas de cuidado para carências nutricionais, excesso de peso e doenças crônicas transmissíveis.

5. Controle e Regulação dos Alimentos: Fortalecer VISAS em fiscalização e controle da produção e comercialização de alimentos; fortalecer o PARA (Programa de Análise de Resíduos de agrotóxicos em Alimentos); fiscalizar publicidade e promoção do comércio de alimentos para crianças, bicos, chupetas e mamadeiras;

regulamentação e fiscalização sobre publicidade, promoção e rotulagem nutricional dos alimentos processados e fortificados, com alto teor de gordura saturada, trans, açúcar e sódio; monitorar composição de alimentos para grupos de doenças metabólicas; defender conteúdo do PNAM em fóruns nacionais e internacionais.

6. Gestão e Institucionalidade da PNAN: Divulgar o PNAN no MS, SES e SMS para cumprimento de seus propósitos, diretrizes e linhas de ação; **Desenvolver mecanismos efetivos para a pactuação e co-financiamento das ações de nutrição entre as esferas de gestão do SUS para a incorporação da agenda de nutrição, em todos os níveis de complexidade do sistema**; avaliar a gestão e a implementação da PNAN; agenda de cooperação internacional; reestruturar área técnica do PNAM; incentivar e apoiar SES e SMS criação e organização de estruturas congêneres e elaboração e desenvolvimento de um PAN. **Identificar recursos orçamentários da União, Estados e Municípios para o adequado financiamento da**

PNAN. Garantir e ampliar progressivamente o orçamento do Ministério da Saúde destinado às ações de Alimentação e Nutrição em todas as esferas de gestão e níveis de complexidade do SUS; qualificar gestores e conselheiros em planejamento, execução e controle do PAN; incentivar criação e implementar Comissões Intersetoriais de Alimentação e Nutrição; pautar o tema nos conselhos, nas CIT, CIBs, movimentos populares, ouvidorias, audiências públicas; buscar cooperação internacional

7. Desenvolvimento de Recursos Humanos e Fomento à Pesquisa, Inovação e Tecnologia em Alimentação e Nutrição: Formar e desenvolver RH para o PNAM, com foco na atenção primária, saúde indígena, quilombolas e outras; apoiar a Rede Nacional de Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição; **discutir, pactuar e garantir o financiamento para uma agenda de prioridades em pesquisa, de interesse regional, em conjunto com as instâncias de controle social, instituições públicas de ensino e pesquisa e Conselhos de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional - SAN ; fi-**

nanciar a criação e manutenção de editais de fomento à pesquisa e investigação em alimentação e nutrição nas agências de fomento.”

Posso sintetizar ainda as propostas negritadas acima. O princípio é a síntese que deve nortear as ações. Diz respeito ao conteúdo e objetivo da ação. Está concretizada nesta primeira frase:

“Implantar e/ou implementar nas três esferas de governo, ações de alimentação e nutrição que abordem: práticas alimentares saudáveis; acompanhamento do estado nutricional; agravos ligados à alimentação e nutrição para recuperação da saúde.”

Os demais destaques dizem respeito às ações que devem ser desenvolvidos para se atingir este objetivo maior:

- Investir em estrutura física, tecnológica, profissionais (quantidade e qualidade) baseada em metas das três esferas de gestão do SUS.
- Financiar estudos e pesquisas periódicas, domiciliares de base nacional e de

base regional em conjunto com Conselhos de Saúde e de Segurança Alimentar, Instituições de ensino e pesquisa

- Identificar recursos e pactuar co-financiamento entre as três esferas de governo;
- Ampliar progressivamente o financiamento do MS para as demais esferas e níveis de complexidade;

Acrescentaria uma única questão que está no documento, mas não nestes destaques: “ampliar e qualificar as ações de nutrição na Atenção Primária de Saúde (ESF-NASF);”

Deste resumo pode-se concluir que as propostas antigas e novas já estão todas elencadas e foram ventiladas em oficina e seminário. Elas teriam que ser mais bem estruturadas, pois, provavelmente foram escritas a várias mãos não se evitando repetições nem nos grupos, nem no texto e palavreado.

Uma primeira tarefa seria aglutinar estas diretrizes que, a meu ver, são mais objetivos e ações que diretrizes. Fazer uma sistematização

fugindo de chavões e tornando o texto mais objetivo. Pouco ou nada teria a dizer que não tivessem já dito de alguma maneira no texto.

Vou começar colocando o foco na Atenção Primária. Acho que todas as fichas devem ser colocadas neste escaninho. Foi aí que o SUS mais precisava ter investido em alimentação e nutrição e fez pouco e não da melhor forma. APS é a área mais sensível à principal das ações de alimentação e nutrição que deve ser a promoção e proteção da saúde.

Um primeiro movimento é buscar mais trabalhos sobre Atenção Primária (Básica, primária, primeira, Saúde da Família, Saúde em Casa e outros) e verificar o que está sendo feito na área de alimentação e nutrição nos Estados e Municípios brasileiros. Ver experiências vitoriosas e com resultados ligados a nossa realidade brasileira. Devem existir programas objetivos implantados, testado e já com resultados observados.

Quanto às atividades de alimentação e nutrição em Atenção Básica eis a grande lacuna histórica. Não se pode negar que ações foram

feitas desde tempos remotos. A maioria delas e das vezes, feitas por profissionais não da área de nutrição ou sem sua orientação e acompanhamento. Trabalhou-se com amamentação, o que protegeu a saúde dos nenéns. Trabalhou-se com educação alimentar nas escolas; com hipertensos e diabéticos e outras patologias. Entretanto, foi muito pouco diante da enorme necessidade e defasagem histórica. O foco foi o modelo prescritivo e pouco se trabalhou com a discussão da alimentação trazida à vida e ambiente das pessoas, o que tornou a prática pouco eficaz. Se tomarmos a realidade dos programas municipais talvez fique difícil localizar municípios que têm ações planejadas e efetivas de alimentação e nutrição na atenção básica.

De outro lado, existe dificuldade em encontrar profissionais de nutrição que tenham prática em colocar seus conhecimentos na área de atenção básica. O grande mercado que os tem absorvido, fora da área específica de saúde, ainda que como forte condicionante e determinante, para o qual acabam se preparando,

é a indústria e comércio de alimentos. Na área de cuidados de saúde estão concentrados mais nos cuidados hospitalares,

As perguntas que se impõem em relação à alimentação e nutrição nos primeiros cuidados com saúde levariam à necessidade de se buscar ajuda de profissionais nutricionistas que tenham experiência. Que estejam trabalhando na área e com resultados palpáveis de sua ação e não apenas o relato quantitativo de ações.

Lembro a amamentação, tão sensível a um número variado de intervenções e que não podem ser apenas dos profissionais de nutrição, mas de todos os setores da área da saúde. Este é um trabalho típico de “animação do processo” onde um nutricionista pode dar apoio a todos os demais profissionais que estarão em contato com esta família e a mulher durante a gravidez, puerpério e tempo de nutriz. Os resultados são palpáveis a curto e médio prazo: quanto aumentou o tempo de aleitamento materno exclusivo? Qual a incidência de doenças graves neste período? Houve necessidade de internações?

Constantemente me faço algumas perguntas, como profissional e gestor que fui, nas três esferas de governo. A principal delas, para me ajudar no raciocínio, é definir o que imagino que deva ser feito na atenção básica em relação às ações de alimentação e nutrição. Posso começar enumerando:

1) Construir um programa básico de ação: conteúdo, material instrucional, técnicas de intervenção, para todos por faixa etária, sexo, nível de instrução e que abranja a integralidade da atenção na saúde e na doença com ênfase na saúde. Como observação: não se trata da negação da existência destes materiais desde muito tempo, mas, qual a especificidade dele para produzir os efeitos que buscamos. Os existentes deram ou não conta de atender a necessidade?

2) Trabalhar com a formação de profissionais capacitados para desenvolverem estas ações de promoção e proteção à saúde. Tanto um trabalho junto ao aparelho formador no nível de graduação para que a saúde pública tenha gente preparada para fazê-lo, como em

nível de residência multidisciplinar, especialização e cursos práticos de curta duração

3) Trabalhar com todos os profissionais de saúde para eles abordem alimentação e nutrição em todas suas atividades, de forma mais continuada, efetiva e integrada. Trata-se de uma mudança radical no processo de trabalho que deixou de abranger a totalidade-integralidade e que cada vez mais se aprofundou na divisão e separação, na especificidade e especialidade de cada um deles. Este é um dos papéis do profissional de nutrição quando estiverem com programa institucionalizado.

4) Trabalhar com as escolas em todos os níveis de ensino: direção e professores para que usem temas de alimentação e nutrição em qualquer das áreas de conhecimento e com todos seus alunos e que mudem as práticas objetivas de suas festas internas, merenda escolar, das cantinas de escolas e mesmo do comércio na frente das escolas.

5) Trabalhar com determinadas patologias sensíveis às ações de alimentação e nutrição. Preventivamente e de recuperação,

quando já instaladas: obesidade (preventivo-curativa); hipertensão; diabetes e outros grupos de patologias no perfil de morbi-mortalidade segundo tempo e lugar.

Estes são alguns caminhos que, quando gestor, tentei discutir e implantar no município. Tenho que reconhecer que, por falta de profissionais de nutrição preparados para este trabalho, não consegui avançar muito. Este seria um grande caminho e o melhor investimento.

Outro ponto já assinalado e que quero comentar, é a propósito do processo educacional. Passamos pelo treinamento, pela capacitação, pela reciclagem, pela educação continuada, pela educação permanente que já não é tanto assim, pois a última novidade em nomenclatura é o uso de informação permanente. Voltamos aos boletins informativos? Pode parecer que com eles damos conta da tarefa educacional, pois só nós nos educamos! O discurso velho-novo é de que ninguém educa ninguém.

Temos que avaliar as várias metodologias e

ver alguns caminhos adequados a cada tempo e lugar. Tenho dúvidas que já exista um acúmulo de conhecimento e prática de como abordar a questão alimentação e nutrição no dia a dia das pessoas, das comunidades e da sociedade. Se existir, minha convicção é que ainda não tenha sido difundido, suficientemente testado e avaliados seus resultados.

Temos limitado nossa prática, na maioria das vezes, ao caráter prescritivo: orientações genéricas e gerais que acabam por não atingirem e terem impacto nas pessoas. O processo educativo tem que ser melhor discutido e definido em sua essência para que possa ajudar mais as pessoas. Ser mais efetivo. Ser mais difundido. Ser prática rotineira em todas as ações de saúde protagonizadas por qualquer dos profissionais de saúde. Todos têm que abordar esta questão.

Um dos caminhos é trazer o conteúdo de alimentação e nutrição para a vida e experiência das pessoas. Só assim, há chance de que as práticas de alimentação mais saudável, aconteça no cotidiano das pessoas.

Ter a competência para fazer isto. Ter material adequado a cada situação e a cada população, por gênero, idade, por local de residência etc. Preparar material instrucional é outro desafio. Como pensar na hipótese de ter no caso Brasil um único manual de alimentação a ser padronizado de norte a sul, com tantas culturas e hábitos diferentes? Com a diversidade da disponibilidade de alimentos e de gostos e preferências.

Comentado o conteúdo de foco na Atenção Básica, do processo educacional passo agora a abordar a questão da gestão do SUS onde se insere a possibilidade de implantação ou ampliação de qualquer dos programas.

O Sistema de Saúde brasileiro é responsabilidade das três esferas de governo em solidariedade plena. Isto é ponto pacífico na jurisprudência a ponto de tanto o Ministério Público quanto o judiciário chamarem à lide os três gestores para assumirem responsabilidades em todos os níveis de complexidade independente do tamanho e renda do município.

O entendimento é de que a pactuação

nunca pode ser menor que o preceito legal e nunca o pode contrariar. Segundo a CF não existem níveis de governo, mas esferas de governo onde todos os entes são unidades federadas. Isto muda a configuração anterior à CF quando o Ministério da Saúde tinha o papel de prescrever e estados e municípios de cumprir. Pela CF municípios e estados têm responsabilidades comuns e particulares. Estão descritas com detalhes nos Art. 15,16,17,18 da Lei 8080.

Não se pode entrar nos municípios senão pela porta da frente. Ainda que a alimentação e nutrição seja o campo de atuação do SUS previsto no Art.200 da CF e no Art.5 e 6 da Lei 8080, há possibilidade de se implementar de maneiras diferentes, com maior ou menor nível de ações. A quase totalidade dos municípios faz ações de alimentação e nutrição como as de antropometria, aleitamento materno, a orientação alimentar para diabéticos, hipertensos e obesos, algum apoio à atividade nas escolas etc. É pouco. Só vai mudar quando a área despertar o interesse dos gestores das três esferas de governo.

Como fazer com que isto ocorra? A sedução dos gestores só vai acontecer quando houver capacidade de demonstrar os benefícios do trabalho nutricional. Umhas ações têm efeito imediato como sobre o aleitamento materno, no controle dos diabéticos e outras. A maioria tem resultados apenas a médio e longo prazo. Nesta concorrência do imediato, da pressão da demanda, da pressão judicial e do MP a área de promoção e proteção à saúde sempre sai perdendo e passa a ser negligenciada. Alguns cuidados são essenciais e aqui lembro:

1) Envolver os gestores no antes... na apresentação das propostas, na discussão das propostas. Não podem ser chamados para apenas referendar algo que já está pronto, em que ele deve ter participação ativa e comandar, como gestor único em sua esfera de governo.

2) Oferecer subsídios que não sejam prescritivos com orientação única a ser seguida. Que sejam a apresentação de uma alternativa com orientações e sugestões para suprir lacunas. Devem ter como conteúdo a construção de um Plano de Alimentação e Nutrição, pro-

tolos optativos, orientação para confecção de material instrucional (adequados a cada estado ou região).

3) Tem-se que fugir do lugar comum onde se institucionaliza uma área e daí para a frente acaba havendo reserva de mercado para todas as ações daquela área. Defender a idéia que as ações área não pode ficar só nas mãos dos profissionais nutricionistas, mas na de todos profissionais de saúde e em todas suas ações. Evidentemente com toda a orientação técnica dos profissionais de nutrição, que, por ofício e prática, detêm conteúdo e metodologia para estas atividades.

4) Estimular para que os nutricionistas sejam os “animadores” do processo, orientadores e referência para determinados problemas da área. Qualquer movimento de cunho corporativo, ou de reserva de mercado, hoje, na área de gestão já é visto com restrições. Este filme já foi assistido várias vezes!

5) De um lado levar a que os gestores municipais aloquem recursos para as ações de alimentação e nutrição. De outro comprometer

o Ministério da Saúde e os Estados com a co-responsabilidade sobre a saúde dos cidadãos e seu financiamento.

Esta, como outras áreas, só serão implantadas nos serviços de saúde pelo convencimento prático dos resultados possíveis. Para isto tem que haver: PROGRAMA, PROFISSIONAIS, FINANCIAMENTO e... muita sedução!!! Difícil-mente, nesta fase, pouco ou nada se conseguirá por imposição vertical !!!...

Finalmente quero falar sobre a necessidade de maior financiamento para a área de alimentação e nutrição. No levantamento de dados da primeira parte mostrou-se a insignificância dos recursos da área. O total de R\$38 mi alocados ao PNAN é 56 vezes menor que o auxílio alimentação dos servidores públicos e do apoio à merenda escolar (quase oitenta vezes em relação ao de 2010!); 14 vezes menos que a alimentação dos servidores do próprio Ministério da Saúde. Os recursos federais do PNAN representam 0,06 % dos gastos do MS!

Adiantando apenas que se não se conseguir mais recursos estas atividades serão ainda

mais difíceis de serem executados. Será mais uma das áreas negligenciadas da saúde. Num recente estudo que fiz para o CONASEMS apresentei a proposta de, pelo menos, dobrar os recursos destinados à área de alimentação e nutrição.

É apenas uma estimativa teórica apontando para a necessidade de aumentar os recursos para a área. A maneira correta de fazer esta estimativa, que pode ser menor ou maior que esta, é partir de um programa com ações cujos custos possam ser estabelecidos.

Coloco como alguns dos paradigmas necessários para a quantificação destes recursos:

- 1) Definição detalhada do programa com as ações que se pretende desenvolver;
- 2) Alocar recursos federais a Estados e Municípios para que implantem e/ou implementem o PAN segundo suas características e necessidades;
- 3) A alocação de recursos não pode representar mais uma “caixinha” dentro do financiamento o que é sempre e veementemente criticada por estados e municípios;

4) Buscar-se conhecimento e competência no uso dos recursos já alocados. Pleitear mais recursos sem ter competência de gastá-los é complicado;

5) Fazer um levantamento rápido do que já é feito nos Estados e Municípios e a que custo: tanto para estimar recursos necessários quanto para enriquecer qualquer proposta do PNAN.

Não se vão conseguir mais recursos sem ter uma proposta prática do que fazer com eles. Palpável. Real. Capaz de seduzir gestores, técnicos e população. Por tudo que foi dito acima é necessário priorizar recursos para algumas atividades abaixo relacionadas, de realização a curto, médio e longo prazos. Se os gestores comprarem a idéia da importância da área de alimentação e nutrição será mais viável conseguir recursos financeiros em suas próprias administrações, bem como pressionar o Ministério da Saúde para assim fazer.

1) Envolver os gestores na discussão do PNAN antes de submetê-lo à apreciação da CIT e do CNS (isto pode ser feito com os municípios

numa das reuniões do CONARES que reúne os Secretários de Saúde dos Municípios e em relação às Secretarias Estaduais em sua reunião mensal, ou por suas câmaras técnicas);

2) Definir um perfil mínimo para a estruturação da área de nutrição de estados e municípios;

3) Subsidiar com assessoria e apoio técnico bem como com material instrucional, dinâmicas educacionais e protocolos para as intervenções na área;

4) Fazer uma escala para a implantação da área nos estados sob algum critério que poderá ser: os que nada têm, os de mais carência financeira até chegar a implantar em todos;

5) Dividir com os estados competência de implantar ou implementar esta área nos municípios das capitais, seguidos dos municípios mais populosos até chegar à totalidade deles o que só acontecerá a longo prazo.

Estas são algumas atividades que demandarão recursos financeiros novos e que só poderão ser estimados depois da descrição circunstanciada das ações a serem desenvolvidas.

Espero ter atingido meus objetivos iniciais de fazer um levantamento e, em seguida, apresentar algumas propostas para implantação e/ou implementação da área de alimentação e nutrição, descentralizadamente em Estados e Municípios.



TEXTO DE OPINIÃO 3 |

Modelo de atenção a saúde: a alimentação e nutrição nos serviços de saúde

Por Luis Fernando Rolim Sampaio¹

Introdução

O marco macro-orientador da Reforma Sanitária Brasileira definiu na Constituição Federal de 1988 três grandes referenciais para o sistema de saúde brasileiro: um conceito amplo de saúde; a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde. Esse sistema único organizado pelos princípios da universalidade, da inte-

gralidade, da descentralização e da participação da comunidade foi base para organização incremental de uma atenção primária a saúde com características próprias e endógenas, a partir das experiências locais em diversas partes do país (1). Assim a atenção primária saúde no Brasil pode ser entendida como o lócus para diversas ações próprias do setor assistencial,

1. Médico. Doutorando em Saúde Pública e Saúde Global pela Dalla Lana School of Public Health da Universidade de Toronto. Consultor internacional em projetos de atenção primária a saúde no Canadá, Índia e África do Sul através da Universidade de Toronto.

Os conteúdos expressos neste documento são de inteira responsabilidade do autor e não expressam necessariamente a opinião do Ministério da Saúde e da Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos.

mas também de várias ações nos limites entre o sistema de serviços de saúde e os territórios de comunidades e populações.

A legislação infra-constitucional detalhou o sistema de saúde proposto, como um sistema de acesso universal e integral com permanente controle social, organizado de forma descentralizada e hierarquizada, em que a prestação de serviços de saúde é uma responsabilidade municipal (2). A descentralização, iniciada na década de 90 após a promulgação da legislação infraconstitucional do SUS, se fez por meio da transferência de competências e receitas tributárias para estados e municípios. Na saúde, houve uma opção preferencial pela municipalização e, diferente de outros países, esse movimento no Brasil não ocorreu com privatização de serviços ou redução da capacidade gestora e reguladora do estado. Pelo contrário, uma rede essencialmente estatal de serviços públicos de atenção primária se constitui sob a gestão dos municípios.

Nesse contexto de descentralização e refor-

ma setorial para a construção do SUS, insere-se a discussão de modelos assistenciais ou modelos de atenção a saúde. Propomos nesse documento discutir o modelo de atenção entendido como o *modus operandi* dos serviços de saúde, com destaque ao papel da alimentação e nutrição nesse contexto.

Buscaremos problematizar sobre alguns desafios atuais do modelo de atenção a saúde no SUS fazendo nexos entre as demandas apresentadas pelo perfil epidemiológico, os determinantes em saúde, e a oferta de serviços. Abordaremos mudanças que vem ocorrendo no campo da atenção primária a saúde, e também discutiremos estratégias para que as ações de alimentação e nutrição se expandam, se qualifiquem e se integrem ao conjunto das outras ações de cuidado a saúde. Finalizaremos pontuando algumas questões que julgamos relevantes para o cenário atual de organização do SUS pertinentes a área de alimentação e nutrição, entre as quais sua inserção institucional.

Os sistemas de saúde e o modelo de atenção

A Organização Mundial da Saúde propõe que o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde seja baseado em seis pilares: prestação de serviços; força de trabalho em saúde; sistemas de informação; financiamento dos sistemas de saúde; gestão e governança em saúde (3). Essa proposta nos auxilia na discussão do tema do modelo de atenção na medida em que aponta os pilares considerados essenciais para o fortalecimento dos sistemas de saúde, bem como o embricamento entre esses diversos pilares na organização desses sistemas. Esses pilares também são importantes para que lembremos que os sistemas de saúde não se sustentam somente em um, ou alguns desses pilares. O conjunto é essencial. Essa abordagem sistêmica é importante para que possamos caminhar na direção de um recorte específico, do modelo de atenção, sem perder de vista a importância dessa visão ampliada. Nosso recorte discutirá em mais detalhes a prestação de serviços e a gestão e governança na perspectiva da alimentação e nutrição.

No Brasil, o entendimento da terminologia de modelo de atenção apresenta distintos matizes na literatura. Alguns autores diferenciam modelos assistenciais de modalidades assistenciais ou ainda sugerem o conceito de modelos tecnoassistenciais com uma abrangência que incorpora, entre outras, as dimensões da regionalização e hierarquização dos serviços, a articulação intersetorial, a integralidade na oferta das ações. (4). A acepção proposta por Paim (2003) define o modelo de atenção como uma combinação de técnicas e tecnologias que respondam aos problemas e necessidades de saúde de indivíduos e populações, constituindo a dimensão técnica das práticas em saúde (5).

Uma importante contribuição para essa discussão vem da proposta da Vigilância da Saúde. Sem discorrer em detalhes o modelo, o mesmo nos aponta três dimensões de análise: a dimensão político-gerencial, que perpassa a interação das forças políticas e gerenciais necessárias para desencadear o processo de reorganização das ações e serviços; a dimensão

organizativa dos serviços de saúde; a dimensão tecnológica onde se pautaria a constituição de novos processos de trabalho e o perfil dos sujeitos destes processos. Além dessas dimensões o escopo de análise proposto no modelo, passando por controles de causas, riscos e danos e pela promoção da saúde, são importantes para uma abordagem da alimentação e nutrição no contexto do SUS (5-7) Como podemos ver essa não é uma discussão nova e tem contribuições importantes de diversas escolas que influenciaram a construção do que hoje se configura, na prática, o SUS.

Nossa abordagem, entretanto, não será a partir de uma concepção teórica específica, mas entendendo o modelo de atenção como a configuração dos serviços de saúde hoje implantados no Brasil. Limitaremos a discussão ao desenho organizativo que foi construído com base nas políticas nacionais, sendo o resultado dos embates políticos ideológicos que se travam na arena da saúde. Propomos essa abordagem entendendo que os serviços foram se utilizando dos conceitos propostos por di-

ferentes autores, e dentro desse movimento de recriação temos hoje um desenho singular que configura a rede de serviços de saúde, que poderíamos chamar de “modelo SUS”.

Esse desenho organizativo, que chamamos “modelo SUS” foi construído incrementalmente pelas portarias ministeriais que ao longo dos anos desenharam a rede de serviços do SUS. Essas portarias foram escritas e negociadas por atores atuantes nesse cenário, em determinados momentos históricos, sejam eles indivíduos, grupos de interesse ou instituições. Assim, nas últimas duas décadas a rede de serviços se configurou com um razoável grau de equilíbrio entre os programas verticais e a horizontalização proposta pela saúde da família. Respeitados os conteúdos de cada um, transitamos, ou estamos transitando, de uma rede de serviços com foco programático para uma rede com foco populacional, baseada em território. Essa é uma mudança significativa, e que esta na pauta política de muitos sistemas de saúde no mundo (8). Trata-se também de um avanço no entendimento do conceito de aten-

ção primária a saúde como veremos em outra seção desse documento.

A situação de saúde e os determinantes sociais

A mudança no quadro epidemiológico brasileiro vem ocorrendo de forma acelerada nas últimas décadas. Aparentemente não temos vivenciado a mesma transição epidemiológica ocorrida em países de alta renda, onde a redução de diversas doenças infecciosas e o controle de outras tantas foi sendo suplantado pelas doenças crônico-degenerativas. O que vemos é um quadro de acumulação epidemiológica com permanência de doenças transmissíveis de forma significativa em algumas regiões do país, somado a carga de doenças crônicas não transmissíveis e as causas externas. A complexidade desse processo no Brasil tem reflexos amplos na sociedade, em especial nas condições de vida e de saúde da população. Monteiro et al (2007) e Doak et al (2005), por exemplo, fizeram correlações das condições socioeconômicas brasileiras com a transição nutricional

apresentando evidências das características da população brasileira em relação ao seu estado de saúde: um país ainda com desnutridos, mas também com obesos, em especial na população de baixa renda e que vive nas zonas urbanas das cidades (9, 10).

Mendes (2009) tem assinalado que os serviços de saúde do SUS foram configurados e estão voltados a atender um modelo de atenção a saúde para casos agudos, refletindo a prioridade histórica pelas doenças infecciosas e agudas (11); e que para enfrentar o novo quadro epidemiológico apontado, em especial o crescimento significativo das doenças crônicas acumulando co-morbidades, torna-se imperativo mudanças no sistema de saúde. Evidências na literatura nacional e internacional tem demonstrado a importância da APS nesse contexto (12-14).

O relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde de 2008 avança no embricamento dos determinantes em diversos setores da vida social do país. Entre as condições de vida e trabalho, destacados

pela comissão, esta a alimentação e nutrição. A comissão pontua que a alimentação constitui-se num dos mais importantes determinantes sociais da saúde, e que o acesso e qualidade da mesma estão claramente influenciados por fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais. Como exemplo, podemos destacar os estudos que apontam características do consumo alimentar no Brasil enfatizando que quanto maior a escolaridade e renda, maior o consumo de alimentos saudáveis. (15). Essa evidencia é de extrema importância quando se propõe uma política para a alimentação e nutrição no SUS que busque a redução de iniquidades sociais.

Dessa forma, torna-se relevante discutir as estratégias vinculadas ao acesso da população ao alimento saudável, e as possibilidades do sistema de saúde atuar na determinação dos hábitos alimentares seja no âmbito individual, seja no âmbito coletivo. Também, reconhecer que a distribuição dos problemas alimentares esta relacionada à transição demográfica e epidemiológica da população brasileira (16),

nos leva a ter que preparar os serviços e os profissionais de saúde, e especialmente o nutricionista, para conviver com uma população dispare em relação ao acesso, consume e acumulo calórico.

A promoção da saúde

Um dos documentos precursores da discussão da promoção da saúde o informe Lalonde (1974) destacava quatro componentes que determinam a saúde: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência a saúde (17). O conceito de promoção da saúde colocado na carta de Ottawa *“como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”* (18). Cinco estratégias foram apontadas como essenciais para a promoção da saúde: a elaboração e implementação de políticas publicas saudáveis; o desenvolvimento das habilidades sociais; a criação de ambientes favoráveis a saúde; o reforço da ação comunitária; e a reorientação

dos serviços de saúde (18). Na Conferência de Jacarta (1997) reconheceu-se que a combinação destas cinco estratégias como a maneira mais eficaz ampliar os vínculos da promoção da saúde com os determinantes sociais (19).

No tema a alimentação e nutrição, o relatório final da II Conferencia Internacional de Promoção a Saúde (1988) intitulada Declaração de Adelaide destaca a área como prioritária para a promoção da saúde, e no Brasil a Constituição Federal promulgou a alimentação como um direito universal. (16).

A evolução dos conceitos e da prática da promoção a saúde sucinta desafios aos formuladores das políticas ao trazer para dentro do sistema e também dos serviços de saúde a perspectiva de produzir saúde e discutir a qualidade de vida a população. O entendimento do sistema de saúde como um dos determinantes da saúde da população nos trás, no caso da alimentação e nutrição, o desafio de debater como esse sistema, com uma rede de serviços voltada essencialmente para responder a doenças e agravos, pode produzir saúde através

ações concretas como o estímulo a alimentação saudável e da garantia a segurança alimentar. A resposta pode estar na construção e consolidação de políticas que vão ao encontro das necessidades da população, atuando na determinação do processo de saúde-doença, através da utilização do conhecimento da realidade das condições de vida da população e os recursos técnicos próprios dos profissionais de saúde.

O campo de atividades da promoção da saúde esta relacionado à transformação do comportamento dos indivíduos e ao coletivo de indivíduos e ambiente (20). Esta distinção de entendimento de onde se encontram as áreas de atuação da promoção da saúde extrapola o antigo conceito de Levell & Clark que entende que promoção a saúde estava apenas dentro do “nível da prevenção a saúde” (20). Esta nova dimensão da aplicabilidade do conceito de promoção da saúde amplia seu espectro olhando para o campo do individuo e do coletivo. Para isto, as estratégias para mudança devem focar esses dois campos: os projetos da

política de saúde em um aspecto coletivo, e o entendimento da promoção a saúde no campo individual que busque transformar os comportamentos das pessoas para que as mesmas tenham comportamentos saudáveis(20) Cada um dos aspectos tem sua importância e, entendendo esse processo a partir de uma abordagem sistêmica teremos que somente a conjunção desses dois aspectos essenciais – individual e coletivo ou sistêmico – pode levar a mudança.

É bem verdade que a abordagem individual está, em geral, bem representada no nosso sistema de saúde. Programas de saúde voltados para mudança de comportamento, como campanhas para parar de fumar; prevenção do câncer de mama; sexo seguro e alimentação saudável, entre outros focam na perspectiva da mudança de comportamento dos indivíduos, para que os mesmos possam ter uma melhor qualidade de vida. Esse campo tem crescido substancialmente nos últimos anos, com inúmeras teorias sobre mudança de comportamento individual (21). Entretanto, eviden-

cias sobre a potência dos fatores sistêmicos sobre o comportamento dos indivíduos colocam muitas dúvidas sobre a real eficácia dessa plethora de teorias comportamentais (22). Assim, torna-se necessária a abordagem do indivíduo no seu espaço social. “A promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde” (20).

Como vimos até então a situação de saúde da população no olhar da promoção da saúde convida-nos a uma proposta que vislumbre atuar nos determinantes sociais numa perspectiva ampliada, ultrapassando dos limites clássicos do sistema de serviços de saúde, Essa atuação, seja na gestão, operando nos marcos regulatórios de alimentos por exemplo, seja nos serviços de saúde, de maneira transversal para além do atendimento dietético individual, no nosso entender, coloca entre outros, o desafio para os profissionais nutricionistas de entender a necessidade de se trabalhar dentro de um sistema que vislumbra a redução das iniquidades em saúde e que promova a

saúde da população e sua qualidade de vida.

Numa outra vertente, temos a discussão dos determinantes sociais junto com a APS, que está na pauta internacional no momento. Em um recente artigo, Sanders e colegas (2009) discutem que a revitalização da APS requer sistemas econômicos globais equitativos, agora mais que nunca (23). Os autores apontam a APS é mais efetiva quando implementada de forma sistêmica, onde ações em determinantes sociais da saúde e pro equidade são sistemáticas e verdadeiramente intersectoriais. Rasanathan et al. (2010) também abordam o tema da conjugação de esforços entre a atenção primária a saúde e determinantes sociais da saúde como abordagens essenciais e complementares para reduzir iniquidades em saúde (24).

O que é Atenção Primária a Saúde - APS?

Não está dentro dos objetivos desse documento discutir em profundidade o conceito de Atenção Primária a Saúde. Entretanto é importante destacar que o entendimento uti-

lizado para construção do modelo brasileiro é de uma APS amplamente inserida na comunidade e estruturante para o sistema de saúde aproximando-se da Atenção Primária Orientada a Comunidade (25, 26) e Atenção Primária a Saúde como filosofia (12, 27). É importante reafirmar que a APS é aqui entendida dentro de quatro princípios essenciais – primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação – propostos por Starfield (12) e em duas vertentes: uma vertente dos serviços de saúde enquanto assistência e atenção aos usuários e populações e outra, mais ampla como um componente essencial do sistema de saúde capaz de promover o fortalecimento desse sistema como um todo, aproximando do que tem sido chamado de características clínicas e sistêmicas da APS (28).

Esse entendimento distancia-se muito da atenção primária focalizada e seletiva para mulheres, crianças e idosos ou doenças específicas propostas como contraponto ao conceito ampliado de APS (29) e tem sido a opção brasileira (30). Cabe, entretanto, destacar que as

tensões entre horizontalização e verticalização continuam existir em praticamente todos os sistemas de saúde do mundo (8).

Um passo importante na consolidação da APS no Brasil foi a publicação da política nacional de atenção básica (31). Essa política, regulamentada por portaria ministerial, estabelece as diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária a Saúde, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Brasil. Neste documento, a atenção primária em saúde é definida como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios geograficamente delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que

vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. A Atenção Primária considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável

A Atenção Primária tem como fundamentos, segundo a PNAB:

- possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito a fim de permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonân-

cia com o princípio da equidade;

- efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; e a coordenação do cuidado na rede serviços;

- desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

- valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

- realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;

- estimular a participação popular e o controle social.

Nessa perspectiva a saúde é entendida como recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma impor-

tante dimensão da qualidade de vida incorporando o conceito de promoção da saúde entendendo que os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. A intersetorialidade também se torna um atributo da APS dentro dos serviços de saúde, pois são os serviços de atenção primária o motor operacional desse atributo. Hoje, praticamente todos os programas interministeriais em curso no Brasil envolvem equipes de saúde da família e/ou agentes comunitários de saúde.

As definições contidas na PNAB trazem implicitamente constructos da promoção da saúde, dos determinantes sociais da saúde para o campo prático e operacional do SUS.

Um histórico recente da Atenção Primária a Saúde no Brasil

A atenção primária a saúde, a partir da institucionalização do SUS, teve seu marco legal constituído por portarias ministeriais pactuadas de forma tripartite, e ajustado com o pas-

sar dos anos para adaptar-se aos novos cenários construídos durante a implantação do SUS.

Como mecanismo operacional o Ministério da Saúde, utilizou como estratégia prioritária o Programa de Saúde da Família. A Saúde da Família tornou-se assim a estratégia de maior abrangência e vem configurando-se como a base do modelo de atenção brasileiro (32).

A discussão acadêmica brasileira, na década de 90, não registrou significativo desenvolvimento teórico na APS, refletindo em um pequeno volume de literatura nacional disponível sobre o tema no período (33). Esse cenário modificou-se de forma expressiva com o avanço da estratégia de saúde da família, em todo território nacional, com investimentos financeiros e políticos significativos e com grande apelo social.

O Programa Saúde da Família foi oficialmente lançado em 1994, baseado em experiências municipais já em curso no país. Em sua concepção inicial o PSF teve como base 10 pontos, quais sejam: modelo voltado para a proteção e promoção da saúde, área de abrangência com

adscrição de clientela, composição mínima da equipe, residência da equipe na comunidade de atuação, participação comunitária através de ações de educação e promoção da saúde, atenção integral e contínua, integração ao sistema local de saúde, impacto sobre a formação de recursos humanos, remuneração diferenciada, e estímulo ao controle social (34, 35).

O objetivo geral colocado para o programa era construir um modelo assistencial baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS capaz de responder as necessidades da população (35).

As críticas ao PSF, à época, foram duras e eram reforçadas pelo contexto internacional, onde nesse momento era feita a publicação, pelo Banco Mundial, do documento “World Development Report: Investing in Health” (36). Considerava-se, entre outras, a idéia de mais um programa vertical seguindo a tradição sanitária brasileira (37).

O Ministério da Saúde, em 1997, estabele-

ceu no seu Plano de Ações e Metas a priorização dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, incentivando a sua expansão e alterando a lógica de transferências de recursos para um per capita fixo acrescido de recursos adicionais para cada equipe implantada, extinguindo o pagamento por produção. Em 1998 começam as transferências do Piso da Atenção Básica - PAB.

A publicação do “Manual para Organização da Atenção Básica”, em 1998, demarca um outro momento na organização dos serviços. Para além do arcabouço jurídico-legal avança-se no sentido da definição de responsabilidades, e na estratégia organizativa (34). Outro fato relevante foi a implantação do sistema de informações da atenção básica SIAB, apesar de suas lacunas foi e ainda é um importante fator de fortalecimento da saúde da família nacionalmente.

A criação do Departamento de Atenção Básica - DAB no Ministério da Saúde, institucionalizou o que era uma prioridade política, buscando a integração de áreas técnicas e programas já existentes em uma nova lógica de

organização. Esse processo se refletiu nos estados e municípios que reformularam seus organogramas, potencializando o papel articulador da atenção básica em um conceito ampliado, passando a congregar várias iniciativas que compõe o seu escopo. Em 10 anos as coordenações de agentes comunitários e de saúde da família, que apareciam como áreas ou programas, sem significado político-estratégico, modificaram seu status e atualmente destaca-se que nas 27 Secretarias Estaduais de Saúde a Atenção Primária encontra-se no primeiro ou segundo escalões de governo em mais de 20 delas.

A dimensão institucional da alimentação e nutrição

A vinculação da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN ao DAB é pertinente por estar essa política ligada à promoção da alimentação saudável e à segurança alimentar, áreas de atuação das equipes de saúde da família e das unidades básicas de saúde em todo o país. Sabemos também que

a promoção da saúde e as ações intersectoriais acontecem fortemente na atenção básica e na saúde da família, (19) o que torna essa vinculação plenamente justificada. Por outro lado, a Alimentação e Nutrição responde por um importante e significativo escopo de atividades fora da abrangência da APS, enquanto serviços de saúde. As formulas alimentares utilizadas em hospitais são um clássico exemplo, quando a alimentação e nutrição se relaciona uma área de atenção especializada. Apesar disso, entendemos que para a política nacional de saúde devemos considerar como cerne das ações de alimentação e nutrição os eixos da promoção da alimentação saudável de caráter individual e populacional, e a segurança alimentar, justificando a localização institucional dessa área no campo da atenção primária a saúde. Assim, a identidade da área dentro do departamento parece acertada para o modelo proposto pelo SUS.

Em verdade, entendemos que a atenção primária a saúde deveria, institucionalmente incorporar áreas verticais e programáticas hoje

dispostas de maneira anacrônica na estrutura do Ministério da Saúde. A possibilidade de criação de uma Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde - PS, que tenha como missão a viabilização dos princípios da APS perpassados pela PS nos parece acertada. Essa secretaria deveria incorporar parte importante dos serviços que vem sendo chamados de média complexidade como CEO's CAPS, apoio diagnóstico bem como áreas e programas que são desenvolvidos em comunidades, unidades básicas de saúde, equipes de saúde da família, NASF, com financiamento unificado, configurando os chamados territórios integrados de atenção a saúde (38).

A nutrição na APS: prioridade real?

A discussão da priorização de determinadas áreas dentro de um contexto de abordagem populacional proposto como base da APS pode parecer contraditória a primeira vista. Entretanto, a definição de áreas prioritárias vem sendo um dos mecanismos de direcionamento do sistema para responder as necessidades

mais imediatas da população na política nacional. Cientes da impossibilidade de que as equipes de APS e SF atuem em todas as frentes ao mesmo tempo, e do risco de dispersão de esforços frente a um contingente enorme de problemas os gestores tem utilizado esse mecanismo. Assim na criação do PAB foram definidas 6 áreas estratégicas, reafirmadas e ampliadas na PNAB. A essas áreas foram sendo acrescentadas com o passar dos anos outras prioridades acordadas nacionalmente. Ressalta-se que esse movimento deve ser cumulativo, propiciando tempo para que as equipes aumentem sua capacidade técnica para incorporação de novas prioridades, bem como respeitando as demandas locais específicas.

Uma das dificuldades na priorização de áreas esta imediatismo e na dificuldade de priorizar áreas de impacto em longo prazo, que não apresentam apelo político imediato. Os gestores, mesmo conhecendo as evidências do crescimento do sobrepeso e da obesidade de forma epidêmica, e sabendo de suas consequências catastróficas em longo prazo para

o sistema de saúde, freqüentemente não priorizam o tema da alimentação e nutrição em suas agendas, que são absorvidas pelas urgências, emergências e procedimentos de alto custo e hospitais.

Isso não acontece somente no Brasil. A epidemia de sobrepeso e obesidade na America do Norte é um exemplo. As estimativas demonstram que o incremento percentual dessa condição nas décadas de 80/90 sobrepõe o incremento de qualquer outra doença ou outro fator de risco nos último século afetando 1 em cada 3 meninos, 1 em cada 4 meninas e 1 em cada 2 adultos (39, 40). O resultado esperado é de um aumento significativo de doenças como diabetes e hipertensão, tendo como consequência aumento da demanda e dos custos dos sistemas de saúde. Essa situação não parece ter gerado suficiente apelo nos ministérios e departamentos de saúde para o tema. Soluções institucionais como a criação do Ministério da Promoção da Saúde na província de Ontário, no Canadá, não surtiram o efeito esperado na política de saúde.

As propostas de organização dos serviços em curso

Certamente a principal ferramenta do Ministério da Saúde para modulação dos serviços desde o início da implantação do SUS vem sendo o financiamento. Isso fica explícito na inexistência de políticas de escopo nacional independentes da alocação específica de recursos federais. Estados utilizam-se do mesmo mecanismo, quando dispõem de recursos para fazê-lo. Essa aparente distorção, que contraria a autonomia dos municípios, trás por outro lado, a possibilidade da existência de políticas que se entendem a todo o território nacional, dando-nos a noção de um sistema nacional de saúde. Uma comparação internacional poderia ser feita com alguns aspectos do sistema de saúde canadense, onde a reduzida capacidade de direcionamento e liderança das políticas por parte do governo federal tem gerado importantes diferenciais entre as províncias, incapacidade de resposta do sistema como no caso da vacinação do vírus H1N1 e uma multiplicidade de modelos de atenção primária (41,

42). Nesse último caso, uma multiplicidade e inovações e modelos locais não tem se refletido em mudanças significativas e estruturantes para o sistema de saúde.

A mais recente proposta do Ministério da Saúde apontada no projeto Mais Saúde 2008-2012 é dos territórios integrados de atenção a saúde - TEIAS. Mesmo considerando que não se conseguiu um consenso para uma mudança mais radical no financiamento e que pudesse viabilizar a implantação desses territórios como discutido e proposto inicialmente, alguns movimentos tem ocorrido no sentido da viabilização da proposta. A implantação dos NASF, uma maior integração dos CAPS com as equipes de saúde da família, a conexão do CEO's com as equipes de SF que possuem dentista, e a implantação das UPA's em territórios cobertos pela saúde da família tem gerado um campo fértil de integração e constituição desses territórios integrados de serviços de saúde.

Em outra vertente, o grande estímulo dado pelo governo federal a programas intersetoriais que envolvam o setor saúde como a Saú-

de na Escola, as condicionalidades do Bolsa Família, Saúde e Cultura, Territórios de cidadania, PRONASCI entre outros tem permitido uma ação concreta das equipes de saúde da família, fora do campo exclusivo dos serviços de saúde, constituindo territórios integrados de programas sociais. Assim temos duas redes que se sobrepõem no mesmo território e que se integradas compõem os TEIAS.

Se por um lado essa sempre foi uma aspiração setorial e dos formuladores do SUS, por outro lado desafiar os limites do sistema de saúde significa discutir a alocação dos recursos chamados “da saúde”. Parece não haver dúvida que devemos financiar com recursos “da saúde” o componente assistencial desse território. Entretanto, os programas intersetoriais, podem gerar distorções na alocação e nos gastos chamados da saúde. A área de alimentação e nutrição tem muitos exemplos disso, e aqui entra a discussão de segurança alimentar, por exemplo.

Essa nova maneira de organizar os serviços, como uma rede integrada intra e extra-setorialmente, no campo das práticas em saúde,

gera a necessidade de reavaliação da função das ações, antes verticais, em um novo espaço. A unidade básica, posto ou centro de saúde historicamente dividido em setores de acordo com cada programa passa a ter uma abordagem integral e em equipe. Não há mais a sala do programa do leite, nem do programa de mulher ou da criança, nem o laboratório da hanseníase ou da esquistossomose. Essa integração positiva gera, entretanto o desafio de reposicionar atores e disponibilizar o conhecimento e o expertise dos profissionais dos serviços de saúde de maneira otimizada e acessível para toda a população.

A inserção da Alimentação e Nutrição

Em um sistema de saúde dinâmico, a Alimentação e Nutrição dentro da rede de serviços também está em transição. As antigas unidades de tratamento de desnutridos não são mais necessárias. As invés disso temos que enfrentar a epidemia de sobrepeso e obesidade, e certamente não o faremos com um modelo de centros especializados e de referen-

cia em obesidade. Não estamos, entretanto, defendendo que centros especializados sejam dispensáveis. Eles talvez sejam necessários em centros universitários, para os estudantes de doutorado e para a pesquisa, mas certamente não para estudantes de graduação, ou como porta de entrada para qualquer atividade ou programa.

Entendemos que os espaço institucional da alimentação e nutrição no SUS pode ser dividido em três grandes grupos: alimentação e nutrição dentro da rede assistencial a exemplo do trabalho dos NASF, a alimentação e nutrição no espaço intersetorial vinculado a rede de serviços como na Saúde na Escola e no Bolsa Família a alimentação e nutrição em ações de cunho populacional, basicamente de promoção da saúde como na discussão das gorduras transgênicas ou sal nos alimentos.

Em se tratando das prioridades de ação do SUS fica claro, pela sua relevância, que o tema da Alimentação e Nutrição necessita ser tratado em toda a rede de serviços, em todas as unidades básicas de saúde e todas as equipes de

Distribuição das ações de Alimentação e Nutrição no SUS segundo localização, foco da intervenção e sujeito da abordagem			
	Rede assistencial	Rede intersetorial	Gestão
Localização	NASF Hospitais Serviços especializados	NASF SMS, SES, MS	MS, SES, SMS
Nível de intervenção (foco)	Promoção Prevenção Tratamento Recuperação	Promoção Prevenção	Promoção
Sujeito da abordagem	Indivíduo/ família e comunidade	Coletivo – territorial	Populacional

saúde da família do país. A implantação dos NASF trás a possibilidade de reforçarmos as ações de Alimentação e Nutrição em todas as equipes da SF de forma matricial. Com o apoio do nutricionista no NASF pode-se qualificar a atenção não só aos obesos, mas aos diabéticos, hipertensos e portadores de outras doenças crônico-degenerativas, além de permitir a incorporação de ações e conhecimentos específicos desse profissional.

Nesse caso visualizamos duas situações preferenciais. A primeira de nutricionistas já inseridos na rede e que necessitam ser reposicionados para atuar como referencia no matriciamento com as equipes de saúde da família. Em segundo, a dos profissionais recém contratados exatamente para o NASF. Em ambos os casos, o primeiro desafio que se coloca é de modificar a prática idealizada pela maioria desses profissionais, construída a partir de uma formação muitas vezes inadequada para a realidade do SUS. Essa questão não esta restrita a nutrição. Abarca significativa parte dos profissionais formados nas escolas do setor saúde do Brasil. Assim o desafio primeiro é discutir a mudança do papel de profissionais de nutrição, formados para o atendimento e aconselhamento dietético individual, para prescrever formulas alimentares em hospitais e consultórios, trazendo-o para um trabalho em equipe e na comunidade. Essa transição no trabalho do nutricionista buscaria move-lo do foco do atendimento individual no consultório para a prática matricial, em equipe, inserido em seu território social.

Conclusão

O aumento significativo do sobrepeso e da obesidade e as mudanças demográficas que vem acontecendo no Brasil demonstram a importância de centramos esforços no campo da alimentação e nutrição com uma perspectiva populacional, a partir do setor saúde.

A abordagem dos determinantes sociais da saúde, utilizando o olhar da promoção da saúde no território da APS pode ser vista como uma das principais contribuições dos serviços de saúde para o enfretamento desses determinantes.

O Brasil vem conduzindo a construção de um sistema de saúde de cunho universal e que atua como um dos determinantes da melhoria das condições de saúde da população, promovendo equidade. Esse sistema tem se configurado, incrementalmente, nos municípios como uma rede de serviços de forma pouco integrada. A busca da integração dessa rede de serviços de saúde em territórios geográficos delimitados tem se configurado como uma opção importante para viabilização dos princípios do SUS. Essa rede necessita ultrapassar os limites

dos serviços de saúde com a sobreposição positiva de uma segunda rede sobre a mesma: uma rede de políticas sociais integradas que se formar a partir das equipes de saúde da família. Assim se configura nesse momento o “modelo” SUS, organizado a partir da saúde da família. Essa forma de organização dos serviços constituiu uma rede que o ministério da saúde denominou como TEIAS segundo o *Mais Saúde*.

O fortalecimento da temática da alimentação e nutrição na rede de serviços de saúde e na gestão parece-nos de suma importância para o enfrentamento da situação de saúde colocada, em especial o avanço de doenças crônicas, o incremento das co-morbidades e a epidemia de obesidade. Embora esse enfrentamento não seja uma função exclusiva da área de alimentação e nutrição, a mesma já atua na *advocacy* em favor dos alimentos saudáveis dentro de outras áreas do governo, bem como na ação nas unidades de saúde dos territórios dos serviços de saúde. O conhecimento e a expertise acumulada pela área podem, e devem

contribuir de forma significativa para a sustentabilidade futura do SUS.

Referências

1. Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza, Brazil: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
2. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica. . Salvador, Rio de Janeiro. Brazil: Edufba/ Editora FIOCRUZ; 2008.
3. Savigny Dd, Adam T, Alliance for Health Policy and Systems Research., World Health Organization. Systems thinking for health systems strengthening. Geneva: World Health Organization; 2009.
4. Silva Júnior AGd. Modelos Tecnoassistencias em saúde: O debate no campo da saúde coletiva. debate Se, editor. Sao Paulo: Editora Hucitec; 1998.
5. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, editors. Epidemiologia e saúde. 6th ed: Medsi; 2003 p. 567-86.
6. Teixeira CF. [Health promotion and surveillance in the context of health care regionalization in the Unified National Health System in Brazil]. Cad Saude Publica. 2002;18 Suppl:153-62.
7. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA; 2006.
8. Atun RA, Bennett S, Duran A, World Health Organization. Regional Office for Europe., European Observatory on Health Systems and Policies., Health Evidence Network (HEN). When do vertical (stand alone) programmes have a place in health systems? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
9. Doak CM, Adair LS, Bentley M, Monteiro C, Popkin BM. The dual burden household and the nutrition transition paradox. Int J Obes (Lond). 2005 Jan;29(1):129-36.
10. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. Am J Public Health. 2007 Oct;97(10):1808-12.
11. EV. M. As redes de atenção a saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2008.
12. Starfield B. Primary care : balancing health needs, services, and technology. Rev. ed. New York: Oxford University Press; 1998.
13. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. Ann Fam Med. 2009 Jul-Aug;7(4):357-63.
14. Starfield B. Primary care, specialist care, and chronic care: can they interlock? Chest. 2010 Jan;137(1):8-10.

15. Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes Ndos S, Monteiro CA. [Household food availability in Brazil: distribution and trends (1974-2003)]. *Rev Saude Publica*. 2005 Aug;39(4):530-40.
16. Ferreira VA, Magalhaes R. [Nutrition and health promotion: recent perspectives]. *Cad Saude Publica*. 2007 Jul;23(7):1674-81.
17. Lalonde M. "A conceptual framework for health". *RNAO News*. 1974 Jun-Jul;30(1):5-6.
18. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion : an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health, November 17-21, 1986, Ottawa, Ontario, Canada = Charte d' Ottawa pour la promotion de la santé, une Conférence internationale pour la promotion de la santé , vers une nouvelle santé publique, 17-21 novembre 1986, Ottawa (Ontario Canada. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1986.
19. Buss PM, Carvalho AI. [Development of health promotion in Brazil in the last twenty years (1988-2008)]. *Cien Saude Colet*. 2009 Nov-Dec;14(6):2305-16.
20. Buss PM, de Carvalho AI. Health promotion in Brazil. *Promot Educ*. 2007;14(4):209-13.
21. Glanz K, Rimer BK, Viswanath k. Health behavior and health education. Theory, research, and practice. 4th ed 2008.
22. Stuckler D. Population causes and consequences of leading chronic diseases: a comparative analysis of prevailing explanations. *Milbank Q*. 2008 Jun;86(2):273-326.
23. Sanders D, Baum FE, Benos A, Legge D. Revitalising primary healthcare requires an equitable global economic system—now more than ever *J Epidemiol Community Health*. 2009; jech..095125 Published Online First: 1 December 2009 doi:10.1136/jech.2009.095125
24. Rasanathan K, Montesinos EV, Matheson D, Etienne C, Evans T. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *J Epidemiol Community Health*. 2010 May 27.
25. Wright RA. Community-oriented primary care. The cornerstone of health care reform. *JAMA*. 1993 May 19;269(19):2544-7.
26. Kark SL, Kark E. An alternative strategy in community health care: community-oriented primary health care. *Isr J Med Sci*. 1983 Aug;19(8):707-13.
27. Vuori H. Primary health care in Europe--problems and solutions. *Community Med*. 1984 Aug;6(3):221-31.
28. Starfield B. Toward international primary care reform. *CMAJ*. 2009 May 26;180(11):1091-2.

29. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004 Nov;94(11):1864-74.
30. Temporao JG. Health Family, now more than never! *Cien Saude Colet*. 2009 Oct;14 Suppl 1:1323.
31. Ministerio da Saude. Politica Nacional de Atenção Básica. In: Departamento de Atenção Básica, editor. Brasilia: Secretaria de Atenção a Saude, Departamento de Atenção Básica; 2007.
32. Souza HM, Sampaio LFR. Atenção Básica: política, diretrizes e modelos coletâneos no Brasil. In: Negri B, Faria, R, Viana, A. L. d'Á., editor. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp; 2002. p. 9-32.
33. Sampaio LFR. Debate on the paper by Conill. *Cad Saúde Pública* [online]. 2008;24(suppl. 1):s19-s21.
34. Ministerio da Saude. Manual para organização da atenção básica. In: Secretaria da Assistência à Saúde, editor. Brasilia, DF 1998. p. 40.
35. Aprova as Norma e Diretrizes para o Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria 1.886 de 18 de dezembro de 1997 (1997).
36. World Bank. World development report 1993 : investing in health. Oxford ; New York: Published for the World Bank [by] Oxford University Press; 1993.
37. Paim JS. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: Centro de Estudos e Projetos em Saúde - CEPS Instituto de Saúde Coletiva - ISC; 2002.
38. Ministerio da Saude. Mais Saude: Direito de Todos 2008-2011. Brasilia, DF Brazil 2008.
39. Tremblay MS, Willms JD. Secular trends in the body mass index of Canadian children. *CMAJ*. 2000 Nov 28;163(11):1429-33.
40. Tremblay MS, Katzmarzyk PT, Willms JD. Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002 Apr;26(4):538-43.
41. Hutchison B, Abelson J, Lavis J. Primary care in Canada: so much innovation, so little change. *Health Aff (Millwood)*. 2001 May-Jun;20(3):116-31.
42. Gilmour H, Hofmann N. H1N1 vaccination. *Health matters ed: Statistics Canada*; 2010

TEXTO DE OPINIÃO 4 |

Situação nutricional da população brasileira - cenário atual e futuros desafios

Por Leticia de Oliveira Cardoso¹ e Carlos Augusto Monteiro²

Introdução

O Brasil vem experimentando nas últimas décadas distintas fases da transição nutricional. Entende-se por transição nutricional “mudanças seculares em padrões nutricionais que resultam de modificações na estrutura da dieta dos indivíduos que se relacionam a mudanças sociais, econômicas, demográficas e

relacionadas à saúde das populações” (Popkin et al., 1993). O declínio nas prevalências de baixo peso e déficit de crescimento linear, especialmente entre as crianças menores de cinco anos, e o aumento das prevalências de excesso de peso e obesidade nos demais grupos etários são as principais mudanças observadas

1. Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública. Docente do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública da ENSP.

2. Professor Titular da Faculdade de Saúde Pública/USP. Coordenador científico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo NUPENS/USP

Os conteúdos expressos neste documento são de inteira responsabilidade do autor e não expressam necessariamente a opinião do Ministério da Saúde e da Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos.

no estado nutricional da população brasileira. Entretanto, apesar da queda dos agravos relacionados às carências energética e protéica, a manutenção das altas prevalências da anemia ferropriva em crianças e mulheres em idade fértil e o ressurgimento de surtos de deficiências vitamínicas, como o beribéri, preocupam autoridades em saúde pública, profissionais e pesquisadores do país.

Determinantes de natureza demográfica, socioeconômica, epidemiológica e cultural interagem de forma complexa e influenciam nas mudanças nutricionais. A adesão a uma dieta rica em alimentos com alta densidade energética e baixa densidade de nutrientes, o aumento do consumo de alimentos industrializados e altamente processados e a adoção de modos de comer pouco saudáveis associados ao declínio do nível de atividade física por uma grande parcela da população brasileira podem explicar o aumento na prevalência de excesso de peso e obesidade observado nas últimas décadas. Já o investimento em políticas públicas nacionais para sanar problemas de escassez nutricional

associa-se à queda do baixo peso e do déficit de crescimento linear constatados nos últimos 40 anos, principalmente na infância.

No cenário mundial, apesar do dinamismo observado na evolução dos agravos nutricionais, ao compararmos a prevalência de excesso de peso entre adultos brasileiros com as observadas em países europeus e Estados Unidos (EUA), o Brasil apresenta, na maioria dos casos, proporções menores deste agravo. Entretanto, quando cotejamos sua magnitude com a de países de ritmo de desenvolvimento econômico semelhante (p. ex. China e Índia), o problema no Brasil chega a ser de 2 a 10 vezes maior do que nestes países. A mesma comparação, quando feita com países da América Latina, como Chile e México, mostra menores prevalências no Brasil (WHO, 2010; IBGE, 2010; INSP, 2006).

Por esta análise sucinta, constata-se que apesar da evolução favorável dos déficits antropométricos, o excesso de peso (incluindo a obesidade), apesar de não atingir níveis tão altos quanto aos observados em países de alta

renda e até entre vizinhos latino americanos, já acomete cerca de 50% da população adulta, 35% das crianças com idades entre 5 e 9 anos e 20% dos adolescentes, aumenta em ritmo muito rápido e ainda são muitos os desafios para o controle desses agravos. O objetivo deste texto é descrever a situação nutricional da população brasileira e sua evolução nas últimas décadas, bem como apontar os principais

agravos nutricionais num cenário futuro. Este texto também considera os principais determinantes dos problemas nutricionais existentes no Brasil e suas conseqüências para a sociedade.

Materiais e Métodos

Para sistematização e discussão dos principais achados referentes à situação nutricional

Quadro 1 – Estudos e Indicadores antropométricos analisados.				
Pesquisa	Anos	Representatividade da amostra estudada	Grupos populacionais estudados*	Indicadores nutricionais*
Estudo Nacional de Despesas Familiares – ENDEF	1974/75	Nacional (exceto zonas rurais Região Norte).	Crianças Adolescentes Adultos	Índice de Massa Corporal segundo sexo e idade Índice de Massa Corporal
Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN	1989	Macro regiões brasileiras – exceto Norte rural	Crianças Adolescentes Adultos	Índice de Massa Corporal segundo sexo e idade Índice de Massa Corporal
Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS	1996 2006	Macro regiões brasileiras - exceto Norte rural	Crianças menores de cinco anos Mulheres de 15 a 49 anos	Índice peso para estatura segundo sexo e idade Índice estatura para idade segundo sexo
Pesquisa de Padrão de Vida - PPV	1996/7	Nordeste e Sudeste Brasileiros	Crianças entre 6 e 9 anos	Índice de Massa Corporal segundo sexo e idade
Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF	2002/3 2008/9	Nacional	Crianças entre 5 e 9 anos para o caso da POF 2008/9 Adolescentes; Adultos	Índice de Massa Corporal Índice de Massa Corporal segundo sexo e idade
Pesquisa Nacional de Saúde Escolar - PeNSE	2009	27 capitais e Distrito Federal	Adolescentes (população matriculada em escolas públicas e privadas)	Índice de Massa Corporal segundo sexo e idade

* Estão apresentados neste quadro apenas grupos populacionais e indicadores analisados no presente artigo.

da população brasileira, bem como de seus determinantes foram examinados resultados de estudos populacionais, sobretudo os de base domiciliar, com representatividade para os segmentos populacionais de interesse e de reconhecida relevância para o debate do tema (Quadro 1). Outras fontes de informação, como literatura nacional e internacional atualizada, relatórios técnicos, registros e apresentações de órgãos oficiais nacionais e internacionais também foram consultadas.

Resultados

Evolução temporal e situação atual do estado nutricional antropométrico da população: Controle da desnutrição e avanço da obesidade

Adultos

O acompanhamento da situação nutricional da população adulta permite avaliar a evolução do estado nutricional, analisar indiretamente o impacto de ações dirigidas para resolução de agravos nutricionais e indicar desafios para as políticas futuras e padrões

de adoecimento que podem ser esperados na população.

Para este grupo populacional, os incrementos do sobrepeso e da obesidade têm sido amplamente documentados desde a década de 80. Resultados de pesquisas nos anos de 1974/5, 1989, 2002/3 e 2008/9 revelam um aumento intenso e contínuo da prevalência de excesso de peso na população masculina, que passou de 18,6% em 1974/75 para 29,5% em 1989, atingindo 41,0% em 2002/3 e 50,1% em 2008/9. Já na população feminina, a evolução foi distinta; após o aumento de 28,6% para 40,7% observado no primeiro intervalo de tempo (entre 1974 e 1989), houve uma aparente estabilização, com prevalência de excesso de peso próxima de 40% em 2002/3 e nova ascensão em 2008/9 alcançando 48%. No mesmo intervalo de tempo, a prevalência de obesidade aumentou em mais de quatro vezes para homens (de 2,8% para 12,4%) e em mais de duas vezes para mulheres (de 8% para 16,9%).

Chama atenção, o ritmo de aumento contínuo do excesso de peso e obesidade obser-

vado entre os homens de todas as regiões do país e de todos os estratos de renda. Entre as mulheres a tendência de aumento contínuo no período dos estudos ocorre somente na região Nordeste e nas pertencentes aos dois primeiros quintos da distribuição da renda. Para mulheres pertencentes aos três quintos superiores da distribuição da renda, a tendência de aumento é interrompida entre 1989 e 2002/3, mas retorna em 2008/9.

Ressalta-se, que a magnitude do déficit ponderal em adultos tem declinado continuamente no mesmo período de tempo, diminuindo entre homens de 8%, em 1974/5, para 1,8% em 2008/9 e entre mulheres de 11,8%, em 1974/5 para 3,6%, em 2008/9, não se caracterizando como um agravo relevante para população em geral. Entretanto, grupos populacionais específicos (indígenas e comunidades quilombolas) têm apresentado prevalências muito maiores do que as observadas na população em geral (ABRASCO, 2009).

Os dados mais recentes (POF 2008/9) indicam que as prevalências de excesso de peso e

de obesidade entre homens são maiores nas faixas etárias mais velhas, atingindo

60% na faixa etária de 55 a 64 anos, declinando a partir deste grupo etário; nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste; nos domicílios urbanos e aumentam sua frequência conforme aumenta as faixas de renda, chegando a 63,2% entre homens com renda familiar igual ou maior que cinco salários mínimos. Entre as mulheres, o aumento da prevalência destes agravos se dá também com o aumento das faixas etárias, declinando a partir dos 65 anos. As frequências são maiores na região Sul e nas faixas intermediárias de renda, caracterizando assim, diferenças regionais e sociais na distribuição destes agravos entre os sexos.

Crianças e adolescentes

Os indicadores antropométricos mais utilizados na avaliação do estado nutricional de crianças menores de 5 anos apontam déficits ponderais para idade; déficits de altura para idade e déficit ou excesso de peso para altura segundo idade. Entre os prejuízos à saúde as-

sociados aos déficits ponderais e de altura na infância, destacam-se aumento da morbidade e mortalidade ainda na infância e, especialmente com relação ao déficit de altura, prejuízos na formação de capital humano (Monteiro et al., 2010).

Crianças menores de cinco anos

Dados do ENDEF (1974/5), da PNSN (1989) e das PNDS conduzidas nos anos de 1996 e 2006/7 permitem constatar que a prevalência do déficit de altura em crianças menores de cinco anos diminuiu de 37,1% para 7,1%, entre 1974/5 e 2006/7, sendo mais acelerado o declínio no período de 1996 a 2006/7. A tendência da prevalência de déficits ponderais também foi de declínio no período. Entre 1974/5 e 1989 nota-se um declínio mais intenso, de 16,6% para 7,1%, e declínios menos intensos entre 1989 e 1996 (de 7,1% para 5,6%) e entre 1996 e 2003 (de 5,6 para 4,6%) (Monteiro et al., 2010). Em crianças menores de cinco anos, observa-se que a prevalência de excesso de peso não se alterou entre os anos de 1996 e 2006. Observa-se que

o percentual de crianças com excesso de peso para altura variou entre 7,2 e 7,3% no período.

A situação atual revela que maiores prevalências de déficit de altura encontram-se na região Norte (14%), nos dois últimos quintos de renda do país, 9,9% e 9,3%, respectivamente, e no grupo etário de 12 a 23 meses (12,3%). Já o excesso de peso para altura acomete mais as crianças entre 36 e 47 meses (9,7%), residentes na região Sul (9,4%), filhas de mãe com 12 ou mais anos de escolaridade (9,4%) e provenientes de família de maior poder aquisitivo (classes A – C1, 8,3%) (MS, 2009).

Crianças entre 5 e 9 anos de idade

A análise do estado nutricional de crianças com idades entre 5 e 9 anos, há tempo, era dificultada pela ausência de informações disponíveis em inquéritos mais recentes (POF 2002/3 e PNDS 2006). Entretanto, análises que incorporaram resultados da POF 2008/9 revelam expressivo aumento do excesso de peso neste grupo etário. Estudo relativo às décadas de 1970, 1980 e 1990 já anunciava o ritmo intenso

de aumento de excesso de peso (passando de 4,9 para 17,4%) entre crianças de 6 a 9 anos das regiões Sudeste e Nordeste (Wang et al., 2002). Resultados para o país mostram que prevalência de excesso de peso em meninos era moderada em 1974/5 (10,9%), aumentou para 15% em 1989 e alcançou 34,8% em 2008/9. Padrão semelhante de aumento do excesso de peso é observado em meninas: 8,6%, 11,9% e 32%, respectivamente. A evolução da prevalência de obesidade nos dois sexos repete, com frequências menores (2,9, 4,1 e 16,6% entre meninos; e 1,8, 2,4 e 11,8% entre meninas), a tendência descrita para o excesso de peso. Esse aumento ocorreu em todas as regiões do país e em todos os estratos de renda, chamando atenção as tendências observadas para os dois primeiros quintos de renda, que são de estabilidade até 1989 e de aumento explosivo no período posterior. Atualmente as maiores prevalências de excesso de peso e obesidade encontram-se nas regiões Centro-Oeste, Sudeste, Sul, no meio urbano e nas classes de maior renda.

Quanto ao déficit de crescimento linear em

crianças com idades entre 5 e 9 anos, deve-se considerar que os resultados indicam as prevalências de desnutrição infantil no país no período de 5 anos anteriores aos estudos. Acompanhando a tendência observada em crianças menores, ocorreram declínios intensos e contínuos também nesta faixa etária. O déficit de altura diminuiu de 29,3% para 7,2% no sexo masculino e de 26,7% para 7,9%, no sexo feminino entre 1974/5 e 2008/9. Chama atenção a diferença da tendência de declínio observada entre as regiões brasileiras ao longo do tempo: entre 1974/5 e 1989 os declínios foram maiores no Centro-Sul do país, entretanto, entre 1989 e 2008/9 o declínio foi mais intenso nas regiões Nordeste e Norte. Entretanto, no caso da região Norte esta tendência não foi suficiente para aproximar a magnitude deste agravo à das demais regiões. Portanto, as crianças mais acometidas são as residentes na região Norte e as de menor classe de renda (embora tenha ocorrido substancial diminuição de desigualdades sociais na desnutrição infantil entre a primeira e a segunda metade

da década de 2000). O déficit ponderal tem apresentado baixas prevalências no período, não se caracterizando assim um agravo relevante para crianças entre 5 e 9 anos de idade.

Adolescentes

A evolução da tendência secular do estado nutricional de adolescentes apresenta aspectos semelhantes aos observados nas crianças mais velhas. Resultados de inquéritos realizados nos anos 70 e 90 mostram que o sobrepeso aumentou de 3,7% para 12,6% entre os jovens de 10 a 18 anos. Segundo a POF (2008/9) o sobrepeso já atingia 20,5% dos adolescentes brasileiros entre 10 e 19 anos, sendo os meninos o segmento com ritmo de aumento maior e prevalência de sobrepeso mais elevada (21,5%), quando comparados às meninas (19,4%). A evolução da obesidade repete, com freqüências menores, a evolução do excesso de peso observada ao longo dos quatro inquéritos em meninos e meninas. Cerca de 5% dos adolescentes apresentam este agravo (POF 2008/9), sendo mais freqüente entre meninas (2,9%) do

que entre meninos (1,8%) até 2002/3 e invertendo o grupo mais acometido no período seguinte, 5,8% dos meninos são obesos enquanto 4,0% das meninas apresentam este agravo. Estas tendências são observadas em todas as regiões e em todos os estratos de renda.

A prevalência de déficit de peso em adolescentes mostra tendência de declínio ao longo dos quatro inquéritos. Entre 1974/5 e 2008/9, a prevalência de déficit de peso diminui de 10,1% para 3,7%, no sexo masculino, e de 5,1% para 3,0%, no sexo feminino, acometendo em média 3,4% dos adolescentes brasileiros. Declínios intensos e contínuos caracterizam a evolução da freqüência de déficit de altura-para-idade entre 1974/5 2002/3: queda de 33,5%, 10,8%, no sexo masculino, e de 26,3% para 7,9%, no sexo feminino.

A prevalência de excesso de peso em adolescentes, como nas crianças mais velhas, foi maior no Centro-Sul do país e tendeu a ser mais freqüente no meio urbano do que no meio rural, em particular nas regiões Norte e Nordeste. Com magnitudes menores, a preva-

lência da obesidade em adolescentes mostrou distribuição geográfica semelhante à observada para o excesso de peso. A magnitude do excesso de peso continua sendo maior nos estratos de renda mais elevados, em ambos os sexos. Entretanto, a relação linear positiva entre a prevalência da obesidade e a renda somente é vista no sexo masculino. No sexo feminino, a obesidade apresentando relação curvilínea com a renda, padrão de associação semelhante ao observado entre mulheres adultas (IBGE, 2010).

Resultados também recentes gerados pela PeNSE (2009), para estudantes de escolas públicas e privadas do último ano do ensino fundamental das capitais e Distrito Federal, revelaram prevalência de 24% de excesso de peso sem diferença significativa entre os sexos (Castro et al., 2010).

Idosos

A análise de resultados sobre a situação nutricional da população idosa no país é escassa e defasada. Embora neste grupo etário tenham sido observadas tendências similares a adultos

jovens, investigações sobre padrão geográfico e relação com as condições sócio-econômicas são ainda inexistentes para dados nacionais mais recentes. Análises de resultados da PNSN (empregando os mesmos indicadores que os utilizados na população adulta) mostravam prevalências de agravos nutricionais mais elevadas que na população adulta jovem. As prevalências gerais de magreza e sobrepeso foram, respectivamente, 7,8% e 30,4% em homens e 8,4% e 50,2% em mulheres.

A obesidade era muito mais freqüente entre as mulheres (18,2%) do que entre os homens (5,7%). Entre os grupos mais acometidos pelos agravos nutricionais, observou-se que a magreza foi mais freqüente em mulheres nas faixas etárias avançadas; em áreas rurais das regiões Centro-Oeste/ Nordeste (em mulheres) e Sudeste/Centro-Oeste (em homens); nas classes de menor renda, menor escolaridade e pior qualidade de moradia. O sobrepeso foi mais frequente em áreas urbanas das regiões Sul e Sudeste (em ambos os sexos), nos grupos de maior renda, maior escolaridade e melhor

qualidade de moradia (Tavares & Anjos, 1999).

Resultados da POF de 2002/3 e de 2008/9 não apresentam estratificação para os indivíduos com 60 anos ou mais. Observa-se em 2002/3, entretanto, que indivíduos com 55 anos ou mais apresentaram prevalências de baixo peso que variaram entre 2,5 e 6,7%, valores sempre inferiores aos observados em 1989, exceto para o grupo de homens com 75 anos ou mais, que apresentou prevalência de 8,9%. Em 2008/9, as prevalências de baixo peso diminuem para valores menores que 5% em todas as faixas analisadas e em ambos os sexos, exceto para mulheres acima de 75 anos, nas quais se observou prevalência de 5,4%. Aumentos importantes da magnitude do excesso de peso e da obesidade foram constatados entre 2002/3 e 2008/9. O excesso de peso acometia 50% ou mais dos homens e mulheres com idades entre 55 e 64 anos em 2002/3, e tendia a diminuir entre os indivíduos mais idosos. Já em 2008/9, as prevalências chegaram à casa dos 60%, sendo maior entre as mulheres (63,0%) quando comparadas aos homens (58,0%) na

faixa dos 55 a 64 anos. Também foi observada tendência de diminuição das prevalências conforme aumento da idade, entretanto as magnitudes foram sempre maiores do que as observadas em 2002/3. A mesma tendência de aumento foi observada para a obesidade em ambos os sexos, atingindo 21,3%, 17,9% e 15,8% dos indivíduos com 55 a 64 anos, 65 a 74 anos e 75 anos ou mais, respectivamente (IBGE, 2010).

Deficiência de micronutrientes

Entre as principais deficiências de micronutrientes apontadas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição, publicada em 1999, encontravam-se a hipovitaminose A, a deficiência de iodo e a anemia por deficiência de ferro. O problema relatado àquela época referente à escassez de informações ainda persiste, principalmente no que tange a anemia ferropriva.

Na década de 90, alguns estudos conduzidos em cidades do Nordeste brasileiro e no estado de Minas Gerais, denunciavam prevalências de hipovitaminose A de magnitude

relevante para a saúde pública: variando entre 15 e 55%, principalmente entre crianças (MS, 2003). Dois trabalhos mais recentes, realizados em Recife e Teresina, apresentam prevalências menores do que as observadas em estudos da década passada para pré-escolares institucionalizados (7% e 9% respectivamente) (Pereira et al., 2008; Fernandes et al., 2005). Já entre escolares, estudos realizados em áreas rurais de Minas Gerais e do Distrito Federal verificaram prevalências em torno de 30% (Santos et al., 2005; Graebner et al., 2007). Proporções de hipovitaminose A semelhantes foram observadas entre puérperas atendidos por serviços universitários no Rio de Janeiro e em Recife (23,3 e 25% respectivamente (Campos et al., 2008; Lopes et al., 2006).

Resultados da PNDS de 2006, representativos para cada macro região, apontam prevalências da ordem de 12,3% entre mulheres em idade reprodutiva e em 17,4% das crianças menores de cinco anos, indicando resultados mais favoráveis do que os observados em estudos isolados, na década passada. O diagnós-

tico da magnitude da anemia analisado na mesma pesquisa indicou evolução extremamente favorável deste agravo, contrariando um conjunto de estudos isolados conduzidos no país nas diferentes regiões e também estudos que avaliaram a evolução da prevalência em cidades como São Paulo (Monteiro et al., 2000). Segundo resultados da PNDS (2006), a prevalência da anemia em crianças foi de 20,9% e de 29,4% em mulheres. Na população infantil, a frequência deste agravo foi maior nas crianças residentes na região Nordeste (25,5%) e com idade inferior a 24 meses (24,1%) e foi menor nas crianças residentes na região Norte (10,4%).

Também entre as mulheres residentes na região Nordeste a prevalência foi maior (40%) do que nas demais macrorregiões. Entretanto, estudos realizados em diversas cidades brasileiras na última década com menores de cinco anos, apresentaram prevalências de anemia que variaram entre 30% e 75%, sendo frequências maiores observadas em menores de 24 meses. O Quadro 2 apresenta resultados de

Quadro 2. Prevalência de anemia em crianças menores de cinco anos. Estudos conduzidos no cenário brasileiro.			
Torres et al. (1994)	São Paulo	Crianças menores de 24 meses	59,1%
Brunken (1999)	São Paulo-SP	Crianças de 4 a 59 meses (subgrupo de 6 a 23 meses)	49% (68%)
Soares et al. (2000)	Fortaleza-CE	Crianças menores de 12 meses	60%
Nogueira-de-Almeida et al. (2001)	Pontal-SP	Crianças de 12 a 72 meses	69%
Osório (2001)	PE	Crianças de 6 a 59 meses	40,9%
Silva et al. (2001)	Porto Alegre-RS	Crianças de 6 a 23 meses	66%
Hadler et al. (2002)	Goiânia-GO	Crianças de 6 a 23 meses	60,9%
Vianna & Gonçalves (2002)	Goiânia-GO	Crianças de 6 a 12 meses	60,9%
Brunken et al. (2002)	Cuiabá-MT	Crianças menores de 3 anos	63%
Silva et al. (2002)	Viçosa-MG	Crianças de 6 a 12 meses	61%
Miranda et al. (2003)	Viçosa-MG	Crianças de 12 a 60 meses	63,2%
Coutinho (2004)	S. José do Rio Preto-SP	Crianças de 6 a 24 meses	75%
Santos et al. (2004)	Pelotas	Crianças menores de 6 anos	53%
Muniz et al. (2007)	AC-Amazônia Ocidental	Crianças menores de 5 anos	30,6%
Pinheiro et al. (2008)	Campina Grande-PB	Crianças de 6 a 59 meses	37%
Carvalho et al. (2010)	Recife-PE	Crianças de 6 a 30 meses	58% (anemia por deficiência de ferro)

* NOTA 1: A seleção dos estudos foi fruto de busca não sistematizada em bases de dados de estudos latino-americanos e que foram priorizados estudos que avaliaram crianças, dado a escassez de estudos com a população feminina em idade reprodutiva.

** NOTA 2: Nível de hemoglobina foi o indicador mais utilizado pelos estudos para definição de anemia.

estudos seccionais que mediram a frequência da anemia em crianças segundo grupo etário e local de realização do estudo.

Revisão da literatura conduzida com gestantes entre os anos 1990 e 2000, identificou prevalências que variaram entre 21,4% em

Viçosa/MG e 55% no estado de Pernambuco (Côrtes et al., 2009).

Outra carência nutricional ocasionada por deficiência de micronutriente que gerou preocupação entre gestores, profissionais e pesquisadores nos últimos anos foi a deficiência

de tiamina (B1). A ocorrência de surtos de beribéri no Estado do Maranhão, documentados entre os anos de 2006 e 2008 principalmente em homens, envolvidos em atividades laborais pesadas, que consumiam altas quantidades de álcool e cigarro, provocaram 40 óbitos, todos ocorridos em 2006. Foram notificados 1207 casos no período, sendo 434 em 2006, 551 em 2007 e 222 em 2008 e a hospitalização ocorreu em 50%, 30% e 15% dos casos ao longo dos anos, respectivamente (Padilha, 2010). A queda do número de casos, óbitos e hospitalizações deveu-se, principalmente, à implantação de estratégia emergencial que foi coordenada pelo Ministério da Saúde.

Entretanto, a preocupação com o recrudescimento do número de casos e ocorrência com novos surtos não deve ser descartada, uma vez que entre seus determinantes encontram-se diversos fatores ainda presentes na região. No escopo da rede causal do beribéri, encontram-se fatores relacionados à exploração do meio ambiente e grande desigualdade social, com a utilização de grandes áreas para plantio de

eucaliptos sem preconizar a manutenção de espaços para plantação de alimentos básicos e o encarecimento destes alimentos nestas regiões, ocasionando a falta de acesso à população mais pobre. Pedro Lira, professor e pesquisador da UFPE (Lira & Andrade, 2008) nos lembra que o último registro de beribéri no Brasil datou entre 1870 e 1910, durante o ciclo da borracha na Região Amazônica, registrados ainda por Josué de Castro. Há também relatos de casos de beribéri, nesta mesma época, entre marinheiros que chegavam ao Brasil após longos períodos de viagens e que passavam por grande restrição alimentar. Este agravo, portanto, soma-se ao lado de outras carências de micronutrientes, às fragilidades ainda enfrentadas no país para a superação de déficits nutricionais de forma definitiva.

Principais determinantes do cenário atual

Um conjunto de mudanças no cenário político, econômico e demográfico do país tem influenciado nas tendências de transformação do cenário nutricional da população bra-

sileira e justificam o cenário relatado no item anterior deste documento. Algumas dessas mudanças serão explicitadas, na tentativa de enumerar os principais determinantes da diminuição do déficit de crescimento linear e da desnutrição, em especial na população infantil, e do aumento do excesso de peso e da obesidade de forma quase generalizada em nossa população no período mais recente.

Alguns avanços e retrocessos na economia do país ocorridos nas décadas de 70 e 80 (com crescimento econômico na década de 70 e recessão na década de 80), o aumento incessante das desigualdades sociais e regionais, tanto na partição da renda nacional quanto na distribuição dos gastos públicos, a redução da pobreza nos anos 70, revertida apenas parcialmente na década seguinte, a contínua e rápida urbanização do país, a expansão da população atendida por serviços de saneamento particularmente de água potável, o aumento da escolaridade da população jovem, a expansão da cobertura da rede básica de saúde e da assistência hospitalar, os declínios excepcionais das taxas de

fecundidade, a consistente redução do ritmo de crescimento populacional e o progressivo envelhecimento da população foram apontados como os principais determinantes nas mudanças do estado nutricional da população brasileira até a década de 90 (Monteiro, 2000).

São poucos os estudos mais aprofundados sobre os fatores causais do nível mais distal na determinação do estado nutricional. Análises recentes sobre o investimento do país em políticas de combate à fome e à pobreza e de redistribuição de rendas e seu impacto sobre o déficit de crescimento linear, têm apresentado resultados promissores para a saúde pública.

A prevalência do déficit de crescimento linear foi reduzida mais intensamente (em cerca de 50%) no período mais recente, entre em 1996 e 2006 em menores de 5 anos. Análises revelam que dois terços dessa redução poderiam ser atribuídos à evolução favorável dos quatro fatores estudados: 25,7% ao aumento da escolaridade materna; 21,7% ao crescimento do poder aquisitivo das famílias; 11,6% à expansão da assistência à saúde e 4,3% à melhoria nas con-

dições de saneamento (Monteiro et al., 2009). Lima et al. (2010) analisaram especificamente fatores determinantes do declínio do déficit de crescimento linear na região Nordeste, uma vez que o decréscimo deste agravo foi mais intenso do que o observado nas demais regiões. Melhorias na escolaridade materna e na disponibilidade de serviços de saneamento parecem ter sido os fatores mais relevantes para o declínio da desnutrição no período 1986-1996, cada um deles sendo responsável pelo declínio relativo de cerca de 10% na prevalência do déficit de altura. Já no período mais recente (1996 e 2006), o fator mais relevante para o declínio da desnutrição, foi a melhoria no poder aquisitivo familiar. Tal fator por si só justificaria um declínio de 24,9% na prevalência de desnutrição. Outros fatores apontados pelo estudo foram, em ordem de importância: melhorias na escolaridade materna, na disponibilidade de saneamento, em antecedentes reprodutivos e na disponibilidade da assistência à saúde, ranqueamento um pouco diferente do que o evidenciado para o país como um todo.

Análises da associação entre o déficit de crescimento linear e a desigualdade econômica no país medidas por índices de desigualdades econômica relativa e absoluta, no período mais recente (entre 1996 e 2006), evidenciam que houve uma queda acentuada da desigualdade econômica na ocorrência do déficit de crescimento linear entre menores de 5 anos. A razão de prevalências do déficit de crescimento linear comparando o quinto mais pobre com o quinto mais rico que era igual a 4,9 em 1974/5, aumentou para 7,7 em 1989 e então diminuiu para 6,3 em 1996 e 2,6 em 2006. Esse declínio é consistente com mudanças observadas de forma mais geral em outros indicadores no período, como o aumento do poder aquisitivo das famílias, do nível de escolaridade das mães, melhora do acesso ao serviço de saúde (aumento de consultas de pré-natal e do uso de contraceptivos), do fornecimento de água e do saneamento básico, e de indicadores de saúde reprodutiva, especialmente entre os mais pobres (Monteiro et al., 2010).

Se por um lado o aumento do poder aqui-

sitivo contribui de forma contundente para a queda da desnutrição entre a população infantil, suspeita-se que este fator também contribua para a adesão a um padrão de consumo dito mais moderno. Entretanto, evidências empíricas sobre determinantes relacionados à economia, situação social e política, como por exemplo, o estudo da relação entre o aumento da renda da população brasileira e o aumento do excesso de peso é inexistente. De forma geral, as mudanças de dietas e estilos de vida tradicionais em países de baixa e média renda estão relacionadas, em grande parte, à epidemia de excesso de peso, obesidade e doenças crônicas ocorridas nestes países (WHO, 2003). Alguns autores chegam a afirmar que os padrões dietéticos e de atividade física contemporâneos são comportamentos de risco que se espalham pelos países e são transferidos de uma população para outra, como doenças infecciosas, afetando os padrões de morbidade e mortalidade de forma global (WHO, 2003). Ressalta-se que as populações mais jovens podem estar mais vulneráveis à influência destas

mudanças. O ritmo assustador do aumento do excesso de peso observado em crianças mais velhas mais intenso do que o observado entre os adultos brasileiros confirma essa assertiva.

Serão apresentados nos próximos parágrafos resultados de estudos, especialmente no cenário brasileiro, que corroboram as transformações dietéticas de ordem quantitativa e qualitativa observadas em diversas partes do mundo. As mudanças incluem a incorporação de uma dieta com alta densidade energética e importante participação percentual de alimentos adicionados de gordura e açúcar no total de calorias consumidas diariamente, ingestão aumentada de gorduras saturadas (principalmente aquelas advindas de fontes animais) e reduzida de carboidratos complexos, frutas e vegetais.

Pesquisas sobre disponibilidade domiciliar de alimentos em áreas metropolitanas brasileiras realizadas entre os anos de 1974/5 e 2002/3 revelaram aumento expressivo na compra de alimentos industrializados pelas famílias. Observou-se, neste período, incremento

nas compras de biscoitos e refrigerantes da ordem de 400%, refeições prontas, 80%, embutidos, 300%, assim como redução de aquisição de peixe (quase 50%) e de alimentos tradicionais da dieta do brasileiro, como o arroz e o feijão (Levy-Costa et al., 2005).

Outro aspecto referente às mudanças do padrão alimentar da população brasileira diz respeito ao aumento dos gastos com alimentação fora do domicílio. Segundo resultados da POF 2002/3, cerca de 35% das despesas com alimentação foram destinadas a este tipo de gasto, sendo maiores na região Sudeste (38,8%) e menores na região Norte (28,1%). A frequência foi maior entre os indivíduos de 20 a 40 anos (42%), do sexo masculino (39% vs. 31%), com maior nível de renda (52%) e maior escolaridade (61%). Os alimentos mais comumente consumidos fora do domicílio foram: refrigerantes (12%), refeições (11,5%), doces (9,5%), salgados fritos e assados (9,2%) e fast foods (7,2%) (Nogueira & Sichieri, 2010). Embora uma análise mais detalhada sobre tipos de produtos adquiridos para consumo não tenha

sido realizada, chama atenção o primeiro lugar ocupado pelos refrigerantes, indicando uma maior aquisição de alimentos industrializados também para consumo fora do domicílio.

Análises mais específicas sobre a disponibilidade do açúcar no Brasil revelam que a aquisição deste alimento está associada diretamente com a quantidade de energia total dos alimentos adquiridos, indicando a necessidade de redução de aquisição e consumo deste alimento pela população (Levy et al., 2009). Sobre a disponibilidade domiciliar de sódio, Sarno e colaboradores (Sarno et al., 2009) constataram que a quantidade disponível por pessoa foi duas vezes maior do que a recomendada para ingestão desse nutriente (4,7g para um aporte diário de 2000kcal). Os autores observaram também que, embora a maior parte do sódio disponível para consumo em todas as classes de renda provenha do sal de cozinha e de condimentos à base de sal, a fração proveniente de alimentos processados com adição de sal aumenta linearmente com a renda domiciliar, sendo aproximadamente 1,5 vezes maior no

quinto de renda superior quando comparado ao quinto inferior (25,0% versus 9,7%).

Resultados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2009 revelam que menos de 20% de adultos residentes nas capitais apresentam o consumo recomendado de frutas e hortaliças (5 porções por dia) e que somente 1 em cada 3 dos adultos apresentam consumo regular (5 porções por semana) desses alimentos. Para ambos os indicadores, o consumo é menos freqüente entre os indivíduos de menor escolaridade e entre os homens.

Estes resultados sugerem que não só o consumo de alimentos menos saudáveis tem aumentado no Brasil, como também o consumo de alimentos mais saudáveis está distante de atingir as recomendações que visam prevenir doenças crônicas não transmissíveis.

Outro determinante importante do aumento do excesso de peso em nossa população é a queda dos níveis de atividade física em seus diferentes domínios. Esta prática não é bem documentada em nível nacional, dado sua difi-

culdade de mensuração por instrumentos válidos e operacionalmente viáveis em estudos epidemiológicos. O Inquérito domiciliar sobre fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis conduzido pelo Instituto Nacional do Câncer em 15 capitais brasileiras no ano de 2003 identificou que 37% da população avaliada era insuficientemente ativa, sendo as mulheres menos ativas quando comparadas aos homens. Cabe ressaltar que neste estudo foram considerados insuficientemente ativos, indivíduos sedentários (que realizavam menos de 10 minutos de atividades físicas por dia) e irregularmente ativos (que não atingiam a recomendação de prática de 150 minutos por semana).

Resultados do VIGITEL de 2006 e 2009 revelaram proporções muito baixas e semelhantes de indivíduos que praticam atividade física suficiente no lazer: 14,9% (18,3% para homens e 11,9% para mulheres) e 14,7% (18,8% para homens e 11,3% para mulheres), respectivamente. Somando-se o tempo de atividade física de lazer ao de deslocamento, este percentual

aumenta para 32%, sendo maior entre homens (38,3%) quando comparados às mulheres (26,6%) (informação disponível somente para 2009). Estes achados indicam que grande parcela da população não pratica atividade física de forma suficiente para prevenir a ocorrência de doenças crônicas, mesmo considerando mais de um domínio desta prática.

Para crianças e adolescentes, a literatura aponta a existência de um conjunto complexo de fatores que compõe a rede causal do excesso de peso e da obesidade. Os determinantes do excesso de peso identificado por uma importante revisão sobre o tema abarcam características biológicas, relacionadas a exposições durante a gestação ou em fases precoces da infância, fatores comportamentais e familiares. Os autores apontaram como fatores de risco para o EP: presença de obesidade nos pais, ocorrência de diabetes e exposição ao fumo durante a gestação, ocorrência de baixo peso ao nascer, déficit de crescimento na infância, alto percentual de energia proveniente de gordura na dieta, consumo de refrigerantes, há-

bito de não consumir o desjejum e hábito de passar muitas horas assistindo TV ou jogando videogame. Como fatores protetores, foram citados: presença e duração do aleitamento materno nos primeiros meses de vida, prática de atividade física e de atividades esportivas fora da escola (Lobstein et al., 2004).

Há cerca de uma década Swinburn et al. (1999), vem chamando a atenção para a importância dos diferentes contextos na determinação da obesidade e para a necessidade de levar em conta estes contextos em intervenções que visam a prevenção e controle da obesidade. Portanto, também são recentes as investigações epidemiológicas que avaliaram o efeito das variáveis relacionadas à residência, bairro e ao ambiente escolar sobre o excesso de peso durante a infância e adolescência. Por exemplo, escolas públicas do município do Rio de Janeiro que disponibilizam garfos e facas ou pratos de vidro para que os alunos realizassem as refeições apresentavam prevalências menores de excesso de peso entre adolescentes do último ano do ensino fundamental (Cardoso, 2010).

Síntese dos avanços e desafios para enfrentamento do cenário atual e futuro

O cenário atual da situação nutricional da população brasileira revela avanços importantes nos últimos anos. No que tange o controle do déficit de crescimento linear, especialmente entre as crianças menores de 5 anos, e a queda do baixo peso de uma forma geral, nos demais grupos populacionais sintetizam as principais conquistas no combate aos déficits antropométricos. Ressalta-se também, nos períodos mais recentes que o declínio destes déficits tem ocorrido entre os mais pobres e residentes da região Nordeste, grupos que apresentavam piores situações para estes indicadores há cerca de 20 anos. Políticas de distribuição de renda aumentando o poder aquisitivo da população, o aumento do nível de escolaridade das mães, ampliação do acesso a serviços de saúde e de saneamento básico estão entre as principais causas para estes avanços. A manutenção desses resultados depende da continuidade das políticas econômicas e sociais que têm permitido o aumento do poder aqui-

sitivo dos mais pobres e de investimentos públicos que permitam ampliar ainda mais aos serviços de saúde, educação e saneamento básico. Além disso, devem ser foco de ações prioritárias para o controle da desnutrição infantil, crianças de famílias pertencentes aos dois últimos quintos de renda, residentes na região Norte, populações indígenas e pertencentes às comunidades quilombolas por apresentarem prevalências mais elevadas que os demais grupos populacionais.

A alta magnitude da anemia por deficiência de ferro principalmente entre crianças menores de cinco anos e gestantes tem se mantido nas últimas décadas e sua prevenção e tratamento constituem-se um dos grandes desafios para a política de saúde e nutrição do país. As ações do programa de combate a anemia pelo Ministério da Saúde ainda não tem apresentado a efetividade esperada no controle deste agravo. As consequências desta carência nutricional são silenciosas e afetam diretamente o potencial de desenvolvimento do país, uma vez que prejudica o desenvolvimento psicomotor

e o crescimento e reduz a atividade física e a resistência a infecções. É urgente a necessidade do mapeamento da real magnitude deste agravo no Brasil e da revisão das ações do programa implementado. A vigilância da hipovitaminose A e de outras carências nutricionais também devem ser prioridades entre as ações de vigilância nutricional dado sua possibilidade de recrudescimento, como visto no caso do surto de beribéri, especialmente em grupos mais vulneráveis socialmente.

O enfrentamento do avanço epidêmico do excesso de peso em todos os grupos etários no país (exceto para crianças menores de 5 anos), sem dúvida, é o maior desafio para os gestores, profissionais e pesquisadores do campo da nutrição e saúde pública brasileira. Em somente seis anos o percentual de excesso de peso entre adultos aumentou em 10 pontos percentuais em termos absolutos e em 25% em termos relativos, atingindo cerca de metade da população brasileira. O aumento deste agravo é contínuo entre os homens e a aparente estabilização que havia ocorrido no período de 1989

e 2003 entre as mulheres não se manteve, com novo aumento entre 2003 e 2009. Entre homens com renda familiar igual ou maior que cinco salários mínimos, a magnitude do excesso de peso iguala-se a observada nos EUA, México e países europeus. Entre as mulheres, as prevalências mais elevadas se mantêm entre as que possuem renda intermediária.

A infantilização do excesso de peso é outra característica alarmante desta epidemia. O aumento da prevalência em crianças de 5 a 9 anos de ambos os sexos, em todas as regiões e especialmente entre as de famílias pertencentes aos dois primeiros quintos de renda do país, indicam a evolução de processo amplamente disseminado em nosso meio. Este cenário exige ações voltadas para toda a sociedade, particularmente para as classes mais pobres da população, que costumam se beneficiar mais tardiamente das políticas públicas no campo da saúde. No Brasil, estão em curso algumas iniciativas para se conhecer com maior precisão a distribuição e a magnitude de fatores de risco associados à saúde de adolescentes

(PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde Escolar) nas capitais brasileiras e especificamente de fatores de risco para doenças cardiovasculares em municípios com mais de 100.000 habitantes (ERICA – Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes) também entre adolescentes, existindo uma lacuna para o grupo de crianças com idade entre 5 e 9 anos.

Entre as principais conseqüências da ocorrência da obesidade na infância e na adolescência, aponta-se que este agravo é um importante preditor para obesidade na fase adulta, especialmente para crianças extremamente obesas e que possuam pais obesos (Power et al., 1997; Serdulla et al., 1993; Whitaker et al., 1993; Freedman et al., 2001). Por sua vez, a obesidade é um dos principais fatores de risco para doenças crônicas relacionadas à dieta, incluindo o diabetes *mellitus* tipo II, doença cardiovascular, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral e alguns tipos de câncer. Antes somente verificadas em adultos obesos, algumas dessas condições têm sido observadas de forma cada vez mais frequente

em crianças e adolescentes obesos: hipertensão arterial sistêmica, sintomas precoces de endurecimento das artérias, diabetes *mellitus* tipo II, fígado gorduroso não-alcóólico, síndrome do ovário policístico e transtornos respiratórios durante o sono (Daniells, 2006). A obesidade na infância pode também acelerar o processo de desenvolvimento de doença cardíaca ainda nesta fase da vida (Daniells, 2006). Crespo e colaboradores (2007) relataram que a prevalência da síndrome metabólica, embora sem critérios bem definidos para este grupo etário, é cerca de quatro vezes maior entre os adolescentes com sobrepeso e obesidade quando comparados aos que apresentam IMC adequado para idade.

Como já dito, o excesso de peso e a obesidade entre adultos está associado com um conjunto importante de doenças crônicas. Projeções realizadas no Relatório de Carga Global de Doença publicado pela OMS em 2004 indicam que o envelhecimento das populações nos países de baixa e média renda resultará em aumentos significativos no total de mortes devido à

maioria das doenças não-transmissíveis nos próximos 25 anos. Mortes por câncer no globo irão aumentar de 7,4 milhões em 2004 para 11,8 milhões em 2030, e mortes cardiovasculares de 17,1 milhões para 23,4 milhões em 2030. Todas as condições não transmissíveis responderão por três quartos das causas de morte em 2030. Estima-se que as quatro primeiras causas de morte globais em 2030 serão: doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica e infecções respiratórias baixas (pneumonia). Em países de baixa e média renda, é esperado que a proporção do aumento de mortes por doenças cardiovasculares, cânceres e doenças não-transmissíveis aumente mais do que qualquer outro grupo de causas (WHO, 2004)

No Brasil, pesquisadores que trabalharam com dados de mortalidade e morbidade do ano de 1998 em estudo de carga global de doença, observaram que mais da metade (58%) dos anos de vida perdidos por mortes prematura (*YLL – Years of Life Lost*) eram devidos às doenças crônicas não-transmissíveis, sendo as

maiores proporções observadas nas regiões Sul (66%) e Sudeste (59%) e na faixa etária dos 45 e 69 anos (49%). As doenças cardiovasculares responderam por 24% dos YLL no Brasil como um todo. Por outro lado, quando se incorporou o componente da morbidade ao estudo (*YLD – Years Lived with Disability*), o padrão epidemiológico observado para mortalidade semelhante ao de países desenvolvidos, é igualado a causas relacionadas à pobreza e precariedade na prevenção e atenção à saúde. A exemplo disso, observou-se que, para o Brasil como um todo, o diabetes *mellitus* (5,1%), as doenças isquêmicas do coração (5,0%) e as doenças cérebro-vasculares – AVC – primeiro ataque (4,6%) englobando 14,7% do total dos anos de vida perdidos por doença, incapacidade ou morte prematura (*DALY - Disability-Adjusted life year*) situaram-se lado a lado da asfixia e traumatismo ao nascer (3,8%) (ENSP, 2002).

Análises específicas sobre o diabetes *mellitus*, como agravo dentro do grupo de doenças crônicas, demonstraram que esta era a primeira causa de morte de perda de anos de vida

por morte prematura e incapacidade (DALY) para ambos os sexos em 1998. Com base na prevalência de excesso de peso e obesidade observada em 2002/3, estimou-se que 61,8% e 45,4% do diabetes *mellitus*, no sexo feminino, foram atribuíveis ao excesso de peso e obesidade, respectivamente. No sexo masculino, estes percentuais foram de 52,8% e 32,7%. Observa-se que as maiores frações atribuíveis foram encontradas nas Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do país. É no grupo populacional entre 35 a 44 anos de idade que se observaram as maiores frações atribuíveis, em ambos os sexos. A partir desta idade, os valores tendem a apresentar queda (Oliveira, 2009). Projeções realizadas com base no ano de 1998 para o ano de 2013 demonstram que os anos de vida perdidos por morte prematura causados por doenças crônicas sofrem um aumento em 17% (18% entre homens e 15% entre mulheres). Entre as causas com maior participação nos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, estima-se que as quatro principais doenças em 1998 (diabetes *mellitus*, doença isquêmica do

coração, doenças cerebrovasculares e transtornos depressivos recorrentes) não terão seu ranqueamento alterado em 2013 (Leite et al., 2005).

Síntese dos principais resultados e recomendações

Apesar dos avanços obtidos no controle da desnutrição infantil, a anemia por deficiência de ferro acomete parcela importante das crianças e mulheres brasileiras tornando estes grupos prioritários para intervenções. O avanço do excesso de peso e da obesidade em todos os outros grupos etários traduz um processo de intensas modificações nos fatores mais proximais na rede causal desses agravos vivido nos últimos anos no cenário brasileiro: o consumo alimentar e a prática de atividade física. O papel de fatores mais distais, referentes à situação social e econômica ainda necessitam ser mais investigados e entendidos neste estágio dinâmico que se encontra a transição nutricional no país.

Em conjunto ao envelhecimento da população (causado principalmente pela queda da

fertilidade e das taxas de mortalidade), o impacto do intenso aumento do excesso de peso e da obesidade, somados a hipertensão arterial, uso de tabaco, altos níveis de glicemia e a inatividade física tendem a causar aumento na magnitude das doenças crônicas no país. A análise de indicadores referentes não só à mortalidade, mas também à morbidade, como a realizada no estudo de carga global de doença, indica a carga de incapacidade e perda de anos de vida precoces ocasionados por este grupo de doenças, que tende a aumentar no país. Além dos custos e prejuízos indiretos inestimáveis ocasionados pelas doenças crônicas para a sociedade, os custos diretos ao setor saúde são muito altos. Em 2001, por exemplo, os gastos com hospitalizações devido ao excesso de peso chegavam a quase 10% dos gastos registrados no Sistema de Informação de Hospitalização (SIH/SUS), demonstrando assim a relevância desse agravo para o setor (Sichieri et al., 2008).

A necessidade da ampliação e integração de ações de diversos setores é, portanto, urgente

no cenário nacional visando ao controle da anemia e do excesso de peso. Faz-se necessário também a manutenção do monitoramento do estado nutricional, a investigação dos determinantes ainda pouco estudados e a mobilização da sociedade, principalmente gestores, pesquisadores e profissionais de saúde para o enfrentamento dos principais agravos nutricionais que acometem a população brasileira.

Referências Bibliográficas

1. ABRASCO. Relatório Geral do Inquérito Nacional sobre Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009 (mimeo).
2. Brunken GS. Avaliação da eficácia de suplementação semanal no controle da anemia em pré-escolares. Tese. São Paulo: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo; 1999.
3. Brunken GS, Guimarães LV, Fisberg M. Anemia em crianças menores de 3 anos que freqüentam creches públicas em período integral. *J. Pediatr.* 2002; 78(1): 50-56.
4. Campos LF, Saunders C, Ramalho A, Gomes MM, Accioly E. Vitamin A serum and gestational intercurrents in postpartum women. *Rev Nutr.* 2008; 21: 623-632.
5. Cardoso LO. Fatores associados ao excesso de peso e perfis de consumo e comportamento alimentar de adolescentes. [Tese]. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 2010.
6. Carvalho AGC, Lira PIC, Barros MFA, Aléssio MLM, Lima MC, Carbonneau MA, Berger J, Léger CL. Diagnóstico de anemia por deficiência de ferro em crianças do Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2010; 44(3): 513-519.
7. Castro IRR, Levy RB, Cardoso LO, Passos MD, Sardinha L, Ferreira LT, Dutra SP, Martins A. Imagem corporal, estado nutricional e comportamento com relação ao peso entre adolescentes brasileiros. *Ciência e Saúde Coletiva*, in press, 2010.
8. Côrtes MH, Vasconcelos IAL, Coitinho DC. Prevalência de anemia ferropriva em gestantes brasileiras: uma revisão dos últimos 40 anos. *Rev. Nutr* 2009; 22(3): 409-418.
9. Crespo PS, Prieto Perera JA, Lodeiro FA, Azuara LA. Metabolic syndrome in childhood. *Public Health Nutr* 2007; 10(10A):1121-5
10. Coutinho GGPL. Suplementação intermitente de ferro para controle da anemia ferropriva em lactentes. [Dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2004.
11. Daniels SR. The consequences of childhood overweight and obesity. *Future Child.* 2006;16(1):47-67.
12. Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ. Projeto Carga de Doença. 2002. 170p. Relatório.
13. Fernandes TFS, Diniz AS, Cabral PC, Oliveira RS, Lóla MMF, Silva SMM, Kolsteren P. Vitamin A deficiency among preschool children attending public day care centres of Recife: biochemical and dietetic indicators. *Rev Nutr* 2005; 18: 471-480.

14. Freedman DS, Khan LK, Dietz WH. Relationship of Childhood Obesity to Coronary Heart Disease Risk Factors in Adulthood: The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 2001;108:712-18.
15. Graebner IT, Saito CH, Souza EMT. Avaliação bioquímica de vitamina A em escolares de uma comunidade rural. *J Pediatr.* 2007; 83: 247-252.
16. Hadler MC, Juliano Y, Sigulem DM. Anemia do lactente: etiologia e prevalência. *J Pediatr.* 2002;78(4):321-6.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006). Antropometria e Análise do Estado Nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Relatório preliminar Antropometria e Análise do Estado Nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
19. Instituto Nacional de Salud Publica. Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006. México: Instituto Nacional de Salud Publica [acessado em dezembro de 2009]. Disponível em: http://www.insp.mx/ensanut/resultados_ensanut.pdf
20. Leite IC, Beltrão KI, Rodrigues RN, Valente JG, Campos MR, Schramm JMA. Projeção da carga de doença no Brasil (1998-2013). In: Buss, Paulo Marchiori; Temporão, José Gomes; Carvalheiro, José da Rocha. Vacinas, soros & imunizações no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p.51-65.
21. Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Household food availability in Brazil: distribution and trends (1974-2003). *Rev Saúde Pública* 2005;39(4):530-40.
22. Levy RB, Claro RM, Monteiro CA. Sugar and total energy content of household food purchases in Brazil. *Public Health Nutr* 2009; 12:2084-91.
23. Lima ALL, Silva ACF, Konno SC, Conde WL, Benício MHD'A, Monteiro CA. Causes of the accelerated decline in child undernutrition in Northeastern Brazil (1986- 1996-2006). *Rev Saúde Publ* 2010; 44(1):1-10.
24. Lira P, Andrade SLLS. Epidemia de beribéri no Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(6): 1202-1203.
25. Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity reviews* 2004; 5(Suppl. 1):S4-S85.
26. Lopes RE, Ramos KS, Bressani CC, Arruda IK, Souza AI. Anemia and hipovitaminosis in postpartum women seen at the Women's Care Center of the Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP: a pilot study. *Rev Bras Saúde Materno Infantil.* 2006; supl1:s63-s68.

27. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. PNDS 2006. Brasília, Distrito Federal. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/pnds2006>
28. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2ª. Edição Revista. Série B. Textos Básicos em Saúde. 2003. Brasília, Distrito Federal.
29. Miranda AS, Franceschini SCC, Priore SE, Euclides MP, Araújo RMA, Ribeiro SMR, Netto MP, Fonseca MM, Rocha DS, Silva DG, Lima NMM, Maffia UCC. Anemia ferropriva e estado nutricional de crianças com idade de 12 a 60 meses do município de Viçosa, MG. Rev. Nutr. 2003; 16(2):163-169.
30. Monteiro CA, Benicio MHDA, Conde WL, Konno SC, Lima ALL, Barros AJD, Victora CG. Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience, 1974-2007. Bull World Health Organization 2010; 88: 305-311.
31. Monteiro CA, Benicio MHD'A, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas e declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. Revista de Saúde Pública 2009; 43:35-43.
32. Monteiro CA, Szarfarc SC, Mondini L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). Rev. Saúde Pública 2000; 34: 62-72.
33. Monteiro CA. Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil. HUCITEC: 2000. São Paulo.
34. Muniz PT, Castro TG, Araújo TS, Nunes NB, Silva-Nunes M, Hoffmann EHE, Ferreira UM, Cardoso MA. Saúde e nutrição infantil na Amazônia Ocidental Brasileira: inquéritos de base populacional em dois municípios acreanos. Cad. Saúde Pública. 2007; 23 (6):1283-1293.
35. Nogueira-de-Almeida CA, Ricco RG, Ciampo LAD, Souza AM, Dutra-de-Oliveira JE. Growth and hematological studies on Brazilian children of low socioeconomic level. Arch Latinoam Nutr. 2001;51(3):230-5.
36. Oliveira AF. Carga global de doença no Brasil: o papel de fatores de risco como o tabagismo e o excesso de peso. [Tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. 2009.
37. Osorio MM, Lira PI, Batista-Filho M, Ashworth A. Prevalence of anemia in children 6-59 months old in the state of Pernambuco, Brazil. Rev Panam Salud Pública. 2001;10(2):101-7.
38. Padilha EM. Perfil Epidemiológico do beribéri notificado de 2006 a 2008 no estado do Maranhão, Brasil e as ações de enfrentamento.[Dissertação] São Paulo: Universidade de São Paulo. 2010.
39. Pereira JA, Paiva AA, Bergamaschi DP, Rondó PHC, Oliveira GC, Lopes IBM, Illison VK, Gonçalves-Carvalho, CMR. Serum concentrations of retinol and beta-carotene, and nutritional status of children in Teresina, Piauí, Brazil. Rev Bras Epidemiologia 2008; 11: 287-296.

40. Pinheiro FGMB, Santos SLDX, Cagliari MPP, Paiva AA, Queiroz MSR, Cunha MAL, Janebro DI. Avaliação da anemia em crianças da cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2008; 30(6): 457-462.
41. Popkin BM, Ge K, Zhai F, Guo X, Ma H, Zohoori N. The nutrition transition in China: a cross sectional analysis. *Eur J Clin Nutr* 1993; 47: 333-346.
42. Power C, Lake JK, Cole TJ. Body mass index and height from childhood to adulthood in the 1958 British born cohort. *Am J Clin Nutr.* 1997; 66:1094-1101.
43. Santos I, César JA, Minten G, Valle N, Neumann NA, Cercato E. Prevalência e fatores associados à ocorrência de anemia entre menores de seis anos de idade em Pelotas, RS. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2004;7(4): 403-415.
44. Santos MA, Rezende EG, Lamounier JA, Galvão MAM, Bonomo E, Leite RC. Vitamin A deficiency in school children of the rural area in Minas Gerais, Brazil. *Rev Nutr.* 2005; 18: 331-339.
45. Sarno F, Claro RM, Levy RB, Bandoni DH, Ferreira SRG, Monteiro CA. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003. *Rev Saude Publica* 2009; 43(2):219-25.
46. Serdulla MK, Ivery D, Coates RJ, Freedman DS, Williamsson DF, Byers T. Do the obese children become obese adults. A review of the literature. *Am J Prev Med* 1993; 22:167-77.
47. Sichieri R, Nascimento S, Coutinho W. Importância e Custo das hospitalizações associadas ao sobrepeso e obesidade no Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 23(7):1721-27.
48. Silva LSM, Giugliani ERJ, Aerts DRGC. Prevalência e determinantes de anemia em crianças de Porto Alegre, RS, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35(1):66-73.
49. Silva DG, Franceschini SCC, Priore SE, Ribeiro SMR, Szarfarc SC, Souza SB, Almeida LP, Lima NMM, Maffia UCC. Anemia ferropriva em crianças de 6 a 12 meses atendidas na rede pública de saúde do município de Viçosa, Minas Gerais. *Rev. Nutr.* 2002; 15(3):301-308.
50. Soares NT, Guimarães ARP, Sampaio HAC, Almeida PC, Coelho RR. Estado nutricional de lactentes em áreas periféricas de Fortaleza. *Rev. Nutr.* 2000; 13: 99-106.
51. Swinburn B, Egger G & Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Prev Med* 1999; 29: 563-70.
52. Tavares EL & Anjos LA. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. *Cad Saude Publica* 1999; 15(4): 759-768.

53. Torres MA, Sato K, Queiroz SS. Anemia em crianças menores de dois anos atendidas nas unidades básicas de saúde no Estado de São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 1994;28(4):290-4.
54. Vianna GMC, Gonçalves AL. Comparação entre dois métodos de suplementação de ferro para a prevenção da anemia ferropriva no primeiro ano de vida em crianças nascidas prematuras. *J. Pediatr*. 2002; 78(4): 315-320.
55. Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr* 2002; 75:971-7.
56. Whitaker RC, Wright JÁ, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parenteral obesity. *N Engl J Med* 1993; 337:869-73.
57. World Health Organization. Global Database on Body Mass Index. Disponível em: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>. Acessado em 28/07/2010.
58. World Health Organization. The Global Burden of Disease. 2004 Update. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf - Documento 2.
59. World Health Organization/Food and Agriculture Organization. Expert Consultation. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: WHO Technical Report Series no. 916; 2003

TEXTO DE OPINIÃO 5 |

Segurança alimentar e nutricional e o setor saúde

Por Luciene Burlandy¹

Introdução

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) vem ocupando de forma crescente a agenda pública no Brasil, no curso de um efervescente processo de reconstrução de valores, concepções e práticas político-institucionais, compartilhado por distintos setores de governo e organizações sociais.

A institucionalidade deste campo avançou de forma importante na última década e, por

seu próprio caráter amplo e intersetorial, o diálogo com outros domínios de política, como a saúde, é constitutivo de sua dinâmica político-institucional.

As interfaces com a política de saúde e com outras políticas situadas na área de saúde como a política de promoção à saúde, a política nacional de alimentação e nutrição, dentre outras são fundamentais tanto para consoli-

1. Doutora em Saúde Pública - área de concentração em Políticas Públicas em Saúde - pela Fiocruz. Professora da Universidade Federal Fluminense. Faculdade de Nutrição e Programa de Estudos Pós Graduated em Política Social.

Os conteúdos expressos neste documento são de inteira responsabilidade do autor e não expressam necessariamente a opinião do Ministério da Saúde e da Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos.

dar as ações desenvolvidas pelo setor saúde quanto para potencializá-las sob a ótica da SAN. Numa via de mão dupla, o setor saúde, por sua história de consolidação de um sistema (o Sistema Único de Saúde - SUS) que em tese articula promoção, prevenção e recuperação e que também tem como princípio constitutivo a intersetorialidade, tem um potencial significativo de contribuir para a consolidação do campo da SAN.

Este texto analisa as interfaces entre estes dois campos destacando espaços potenciais de integração e potencialização das ações intersetoriais e o papel do setor saúde na consolidação do campo da SAN.

1. Breve análise pregressa e atual do tema

As concepções de segurança alimentar que emergiram no plano internacional e nacional na década de 90 evidenciavam de forma mais significativa as dimensões do abastecimento, do acesso aos alimentos, da escassez e da fome como expressão mais grave deste processo. Conviviam neste cenário as abordagens

focadas também nos aspectos da qualidade sanitária dos alimentos, na ótica da segurança dos alimentos, entendida fundamentalmente como inocuidade. O próprio conceito de SAN construído na I Conferência Nacional de Segurança Alimentar em 1994 não incluía os componentes referentes à promoção da alimentação saudável.

A preocupação com a dimensão nutricional, bem como com as questões referentes ao respeito e ao resgate da diversidade cultural alimentar, a promoção da saúde e as questões de sustentabilidade, social, ambiental e política, podem ser identificados já ao final da década de 1990. Este processo já em curso neste contexto contribui para a construção do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional, consagrado já na II Conferência Nacional de SAN em 2004, cuja disseminação no plano internacional vem sendo protagonizada pelo Brasil.

Desta forma, o Sistema Nacional de SAN instituído com a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), promulgada em 2006, é pautado numa concepção am-

pliada, que destaca a dimensão nutricional e também nos princípios do direito humano à alimentação saudável e adequada e da Soberania Alimentar. Sua operacionalização é norteadada por princípios semelhantes aos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade; participação social, intersetorialidade e equidade e o sistema deve garantir formas de produzir, abastecer, comercializar e consumir alimentos que sejam sustentáveis do ponto de vista sócio-econômico e ambiental, que respeitem à diversidade cultural e que sejam promotoras de saúde (Brasil, 2006).

Este enfoque ampliado que articula a **dimensão alimentar** (da produção, comercialização e consumo) e a **nutricional** (da utilização do alimento pelo organismo e sua relação com a saúde), pressupõe que a forma como o alimento é produzido, comercializado e consumido constituem um sistema integrado. Sendo assim, a promoção de um **consumo** mais saudável de alimentos, que não contribua para degeneração não só do organismo biológico, mas também da vida ambiental e social, im-

põe uma forma diferente de **produzi-lo e comercializá-lo**. As questões referentes à dimensão cultural e a sustentabilidade, ambiental, política e social, atravessam todos os aspectos do sistema qualificando e potencializando as ações que se desenvolvem nestes dois planos (alimentar e nutricional) e trazendo novas perspectivas e desafios para implementá-las. Para tal cabe considerar a cultura como uma dimensão dinâmica, ou seja, como um processo em construção. Assim, compreender a própria interação entre as práticas alimentares vigentes em cada contexto social e o processo saúde doença quanto analisados sob a ótica da SAN contribuiu para questionar os valores que pautam as várias decisões ao longo do sistema alimentar, desde os aspectos produtivos, as formas de processamento, os sistemas de preços, a propaganda, as escolhas em torno do consumo e seus condicionantes.

Esta concepção de SAN possibilita múltiplas interfaces com as questões de Saúde e Nutrição. Sendo a saúde *resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio*

ambiente, trabalho e transporte, emprego e lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, sua garantia impõe a integração de um conjunto de políticas públicas que incidem sobre as condições de vida e que são também essenciais para o alcance da SAN. A ótica da promoção da saúde, que vem se fortalecendo no âmbito do Sistema de Saúde brasileiro e que pauta a Política Nacional de Promoção à Saúde do MS, pressupõe que o cuidado em saúde deva ser pautado na autonomia, na participação e no controle da comunidade na construção da qualidade de vida. Este processo impulsiona o desenvolvimento de um conjunto de habilidades humanas e sociais. As ações de promoção à alimentação saudável por sua vez se situam em todos os campos constitutivos desta política e integram potencialmente todos os seus programas e ações.

Não há como promover alimentação saudável sem compreender as interações entre as formas vigentes de consumo e utilização de alimentos, bens, serviços, medicamentos, produtos etc e as formas como a sociedade

produz e dissemina estes bens, bem como os valores que estão em pauta neste processo, valores em torno do corpo, da saúde, do alimento e dos bens públicos. Não há como pensar o alimento fora das relações sociais e humanas e de todos os processos culturais, psico-sociais e econômicos que marcam estes processos. Alimento seguro do ponto de vista sanitário não é necessariamente adequadamente nutricional, culturalmente, socialmente. Se os processos pelos quais estes alimentos são produzidos geram desigualdades sociais, agride as culturas estabelecidas não se pode considerar que a SAN foi alcançada.

Repercussões para o campo das Políticas Públicas

Tanto a saúde como a SAN, quando compreendidas desta forma ampliada e como campos que tem o potencial de integrar diversas áreas e setores de políticas, podem ser pensadas como questões chave para o conjunto de Políticas Públicas incluindo seu papel estratégico nos processos e planos nacionais de desenvol-

vimento. No entanto, a área de alimentação e nutrição careceu historicamente do poder político necessário para promover a intersectorialidade e pautar a agenda política do MS e mais ainda de outros setores situados em outros Ministérios (Burlandy, 2009). Neste sentido, a articulação entre estes dois campos (da SAN e da Saúde) se coloca como uma estratégia potencial para fortalecer a transversalidade desta temática no âmbito das políticas públicas bem como a própria capacidade destes campos em pautaram a agenda de diferentes setores de governo.

A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional foi instituída com a formulação do Sistema Nacional de SAN em 2006 e ainda está em construção. Ainda que em processo de formulação, os princípios do Sistema de SAN impõem que a operacionalização desta política promova a articulação de ações desenvolvidas por diferentes setores de governo, que passam pela esfera da: **produção** (relações entre alimentos destinados ao mercado interno e externo, autonomia produtiva do país frente

o mercado internacional, definição do que será produzido e oferecido para consumo, distribuição e acesso à terra e aos meios de produção, tipos de sementes e insumos utilizados no processo produtivo, sustentabilidade ambiental); **comercialização** (perdas e desperdício de alimentos, encarecimento do alimento, condições de armazenagem e transporte, etc); **controle de qualidade dos alimentos e direitos do consumidor** (incluindo acesso à informação); acesso ao alimento (incluindo tanto a oferta de alimentos quanto de estabelecimentos que forneçam uma alimentação saudável e que sejam próximos aos locais de moradia e trabalho, bem como renda que possibilite aquisição sem comprometimento de outras necessidades) e, por fim, a **utilização do alimento** no nível familiar e biológico (intimamente relacionada com o estado de saúde). (CONSEA, 2004; 2006; 2007)

Em síntese as principais questões que ocupam o campo da SAN no Brasil abarcam:

1. A dinâmica do comércio internacional e nacional de alimentos e de insumos

- para o sistema alimentar que gera: a) condições desiguais de comercialização entre países b) concentração de renda e lucro em determinados segmentos do setor privado, ao estimular através de múltiplos subsídios o consumo de seus produtos, ferindo a soberania alimentar dos povos;
2. A privatização dos recursos ambientais e da base genética do sistema agroalimentar;
 3. O uso indiscriminado de agrotóxicos na produção de alimentos;
 4. Problemas ambientais e de saúde gerados pelo processo produtivo;
 5. A sustentabilidade ambiental, social e econômica do sistema alimentar e nutricional
 6. O desperdício de alimentos em diversas dimensões do sistema agroalimentar;
 7. As desigualdades de acesso a terra, a água, a renda, ao emprego e serviços públicos, bem como as desigualdades de gênero e étnico-raciais e suas implicações no acesso à alimentação e na vulnerabilidade sócio-econômica, alimentar e nutricional de determinados segmentos da população;
 8. As desigualdades sociais, econômicas, de gênero e étnico raciais que são geradas pelo próprio sistema alimentar e nutricional pela forma como vem sendo estruturado e se articula com o processo econômico de concentração de riquezas
 9. Os riscos sanitários nas diversas dimensões do sistema agroalimentar;
 10. A desnutrição e demais doenças relacionadas à carências nutricionais e ao não atendimento à necessidades alimentares especiais;
 11. O perfil de consumo alimentar e sua interrelação com doenças crônicas não transmissíveis e outros tipos de doença
 12. As situações de escassez alimentar e a fome
 13. As questões referentes ao respeito à diversidade cultural alimentar em suas correlações com a saúde (CONSEA, 2004; 2006; 2007)

Trata-se, portanto, de um quadro bastante complexo que expressa a realidade de um país marcado por situações de privação e fartura, conflitos entre valores econômicos, sociais, de saúde, e profundas desigualdades. As ações desenvolvidas pelo setor saúde se colocam em diferentes esferas deste campo que delimita a SAN. Quando a oferta e o acesso ao alimento são garantidos de forma regular, em quantidades e qualidade adequada e a utilização biológica não está comprometida, o setor saúde atua mais diretamente no âmbito da promoção de práticas saudáveis, prevenção, monitoramento do estado nutricional, das práticas alimentares e das condições de apoio e proteção às escolhas saudáveis, vigilância sanitária dos alimentos e promoção de ações em educação e saúde. Quando a oferta, o acesso e a utilização biológica dos alimentos estão comprometidos cabe ao setor saúde, para além das diretrizes anteriores, atuar no âmbito da recuperação do estado nutricional e de saúde.

2. O papel de políticas do setor saúde na política de SAN

Como dito, no âmbito do setor saúde diversas políticas têm interface direta com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional que está em construção, tais como a Política Nacional de Promoção à Saúde (2006) e programas estratégicos como o Programa Saúde na Escola (2007), ações intersetoriais de promoção da alimentação saudável nas escolas, tais como as pautadas pela portaria interministerial 1010 (MS/MEC, 2006) e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (1999).

A Política Nacional de Promoção à saúde

A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde em 1986 define a promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo” (WHO, 2005). Desta forma a autonomia dos sujeitos é uma questão fundamental, considerando a necessidade de fortalecer sua capacidade de controle do

processo saúde-doença. Nesta perspectiva as intervenções em saúde ampliam seu escopo de ação abarcando os problemas, as necessidades de saúde, seus determinantes e condicionantes, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL/ MS, 2010).

Nesta perspectiva, a promoção da saúde demanda a integração de diferentes setores na construção de consensos e sinergias (intersectorialidade), e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas favoreçam a saúde e possibilitem o protagonismo dos cidadãos na formulação e implementação de políticas públicas com base nos princípios da participação social. O governo federal brasileiro entende a promoção da saúde como uma estratégia de articulação transversal no âmbito das políticas públicas (BRASIL/ MS, 2010).

Constam dos objetivos da Política Nacional de Promoção à saúde:

I - Promover ações relativas à alimentação saudável visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do direito humano à alimentação adequada;

II - Promover articulação intra e intersectorial visando à implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde por meio do reforço à implementação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e da Estratégia Global, com destaque para:

a) formulação, implementação e avaliação de políticas públicas que garantam o acesso à alimentação saudável, considerando as especificidades culturais, regionais e locais;

b) mobilização de instituições públicas, privadas e de setores da sociedade civil organizada visando ratificar a implementação de ações de combate à fome e de aumento do acesso ao alimento saudável pelas comunidades e pelos grupos populacionais mais pobres;

c) articulação intersetorial no âmbito dos conselhos de segurança alimentar, para que o crédito e o financiamento da agricultura familiar incorpore ações de fomento à produção de frutas, legumes e verduras visando ao aumento da oferta e ao conseqüente aumento do consumo destes alimentos no país, de forma segura e sustentável, associado às ações de geração de renda;

d) firmar agenda/pacto/compromisso social com diferentes setores (Poder Legislativo, setor produtivo, órgãos governamentais e não-governamentais, organismos internacionais, setor de comunicação e outros), definindo os compromissos e as responsabilidades sociais de cada setor, com o objetivo de favorecer/garantir hábitos alimentares mais saudáveis na população;

e) articulação e mobilização dos setores público e privado para a adoção de ambientes que favoreçam a alimentação saudável, o que inclui: espaços propícios à amamentação pelas nutrizes trabalhadoras, oferta de refeições saudáveis nos locais de trabalho, nas escolas e

para as populações institucionalizadas;

f) articulação e mobilização intersetorial para a proposição e elaboração de medidas regulatórias que visem promover a alimentação saudável e reduzir o risco do DCNT, com especial ênfase para a regulamentação da propaganda e publicidade de alimentos.

III – Disseminar a cultura da alimentação saudável em consonância com os atributos e princípios do Guia Alimentar da População Brasileira:

IV – Desenvolver ações para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar:

V – Implementar as ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação, incluindo:

- monitoramento do teor de sódio dos produtos processados, em parceria com a Anvisa e os órgãos da vigilância sanitária em estados e municípios;
- fortalecimento dos mecanismos de regulamentação, controle e redução do uso de substâncias agrotóxicas e de outros

modos de contaminação dos alimentos.

VI – Reorientação dos serviços de saúde com ênfase na atenção básica. incluindo:

- reforço da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) como instrumento de avaliação e de subsídio para o planejamento de ações que promovam a segurança alimentar e nutricional em nível local.

Promoção da Saúde nas Escolas

A escola vem se colocando de forma crescente como espaço estratégico para a promoção à saúde e um conjunto de iniciativas e bases legais vem se constituindo e pautando este processo no setor saúde.

O Brasil dispõe de uma legislação interministerial (Portaria MS/MEC 1010 de 08/05/2006) que instituiu diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas da rede pública e privada em âmbito nacional, no curso da estratégia de escolas promotoras de saúde, que reconhece a alimentação saudável e adequada nas escolas como um direito e para tal propõe

múltiplas ações tais como: a garantia da qualidade sanitária e nutricional da alimentação escolar; a inserção da nutrição como tema transversal no currículo; a restrição da oferta, da venda e da promoção comercial de alimentos com alto teor de gordura, açúcar livre e sal nas escolas, além do respeito à cultura alimentar. A ênfase, portanto, desloca-se para os fatores importantes na determinação das práticas alimentares tais como o acesso à informação; a sensibilização de todos os integrantes da comunidade escolar (alunos, pais, professores, funcionários, merendeiras); a disponibilidade de alimentos e preparações saudáveis e culturalmente adequadas; além da regulamentação da promoção comercial como fatores importantes na determinação do consumo. As ações propostas na portaria combinam o estímulo, através da inserção da nutrição como tema transversal no currículo e outras ações de sensibilização e disseminação de informações e o apoio, através da garantia de opções de alimentos e refeições saudáveis na escola como ação estratégica para a construção de hábitos

saudáveis. Além disto, contempla a construção de habilidades em relação à alimentação e nutrição através do incentivo a atividades práticas de preparo e produção de alimentos, como por exemplo, as hortas escolares (Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2006).

A publicação dos “dez passos para promoção da alimentação saudável nas escolas” pelo MS marca este esforço e sistematiza 10 ações prioritárias em consonância com a Portaria 1010 que incluem estratégias de formação, sensibilização e mobilização de toda a comunidade escolar em torno do tema, além da regulamentação dos tipos de alimentos ofertados e da maior disponibilidade de refeições saudáveis.

Ainda no âmbito das ações de saúde com interface na educação destaca-se também o Programa Saúde na Escola (PSE) que tem como objetivo prevenir e promover saúde dos escolares. O PSE criado em 2007 através de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação prevê que como parte do projeto político pedagógico da escola as equipes da Estratégia

Saúde da Família atuem nas escolas monitorando a saúde das crianças através do acompanhamento do estado nutricional, detecção precoce de doenças crônicas, suporte psicológico e cuidados com saúde bucal e visual.

O modelo de atenção à saúde que baliza estratégias como a Saúde da Família caracteriza por uma visão ampliada do processo saúde e doença e requer inovações programáticas importantes (Senna, 2002). Um componente central desta inovação é a perspectiva de território que conecta as ações a uma lógica de planejamento territorial integrado (Magalhães & Senna, 2006; Ministério da Saúde, 2006).

As ações que vem sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde no âmbito escolar devem ser pensadas de forma articulada com as iniciativas recentes do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), instituídas pela Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009 que regulamentada pela Resolução nº 38/2009 do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Além de estender as ações de alimentação escolar para toda a rede pública de edu-

cação básica e de jovens e adultos, a lei determina o investimento de pelo menos 30% dos recursos destinados à merenda na compra de produtos da agricultura familiar, sem necessidade de licitação, desde que os preços estejam compatíveis com os de mercado, priorizando, sempre que possível, os alimentos orgânicos e/ou agroecológicos.

A resolução 38/2009 define que o cardápio dos escolares deverá conter no mínimo 200gr de frutas e hortaliças por semana, o que propiciará maior acesso dos escolares a esses alimentos, com grandes possibilidades de influenciar na adoção de práticas alimentares mais saudáveis. Os cardápios também deverão levar em consideração a pauta e a diversidade produtiva local e a sazonalidade dos alimentos, incentivando assim, a inclusão de uma maior diversidade de frutas e hortaliças no cardápio escolar.

Interfaces da Política Nacional de Promoção à saúde e de suas estratégias com a PNSAN

Como destacado, a PNPS explicita ações es-

pecíficas no campo da promoção da alimentação saudável, da SAN e do Direito Humano à alimentação Adequada. Além disto, os princípios que pautam suas ações têm íntima relação com os princípios da política de SAN.

As propostas de intervenção são baseadas em estratégias-chave para a política de Segurança Alimentar e Nutricional, quais sejam, interdisciplinaridade, intersetorialidade, participação comunitária, promoção da autonomia comunitária na definição de prioridades e identificação de soluções, diagnósticos e análise de fatores de risco e prevenção, desenvolvimento de atividades educativas a partir de métodos participativos, construção de parcerias, construção de ambientes promotores de saúde, organização de ações locais sustentáveis e que favoreçam processos decisórios locais e garantam acesso a serviços e bens públicos através de ações conjuntas entre diferentes setores e instituições.

Desta forma, este aprendizado que vem sendo construído no âmbito do setor saúde através destas políticas programas e ações é

fundamental para a construção e consolidação da Política Nacional de SAN.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição

No âmbito do MS alguns processos foram estratégicos para a consolidação da área de Alimentação e Nutrição como um campo de intervenções públicas. A política Nacional de Alimentação e Nutrição aprovada em junho de 1999 e instituída pela portaria 710 retomou processos em curso e princípios já presentes desde a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (1987), reiterados na I Conferência de SAN (1994). Foi construída em diálogo com organizações sociais, especialmente profissionais e acadêmicas, e consagrou os princípios do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e da SAN como norteadores de suas ações.

Cabe destacar que, apesar de ser uma política setorial, ou seja, de ser operacionalizada no âmbito do SUS e ter seu orçamento e estrutura político – institucional no setor saúde, a PNAN foi responsável por manter o próprio tema da

SAN na agenda pública até a reconfiguração do cenário político federal em 2003 (Pinheiro e Carvalho, 2008)

A PNAN propõe um conjunto de ações governamentais destinadas a garantia do direito à alimentação e nutrição saudável, que tem íntima relação com a questão da Segurança Alimentar e Nutricional, visando alcançar os seguintes objetivos: a garantia da qualidade dos alimentos disponibilizados para consumo no país; a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos. Dentre diretrizes e ações que vem sendo desenvolvidas por este setor que contribuem para a consolidação da SAN, destacam-se:

a) Estímulo às ações intersetoriais

Considerando que os determinantes do estado nutricional ultrapassam os aspectos biológicos, que são objeto de intervenção direta do setor saúde, a articulação intersetorial é de-

finida como uma diretriz estratégica da PNAN. De acordo com o Art. 12 da Lei N.º 8.080/90 essa articulação se dá institucionalmente através da Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição do Conselho Nacional de Saúde, órgão deliberativo e de controle social do SUS. Considerando o carácter intersectorial da política de saúde foram criadas comissões destinadas a promover o diálogo com outros setores no âmbito do CNS. Dentre elas, destaca-se a Comissão Intersectorial de AN (CIAN), composta por representantes de diferentes setores de governo, sociedade civil e setor privado lucrativo que subsidia o CNS na avaliação e monitoramento da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

A articulação intersectorial no âmbito da PNAN também pressupõe ações como a inserção do tema saúde e nutrição nos parâmetros curriculares do ensino infantil, fundamental e médio e relações com programas de nutrição desenvolvidos por outros setores (alimentação escolar; programa de alimentação do trabalhador, etc).

b) Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos

Esta diretriz inclui diversas ações que contribuem para a SAN, tais como: o fortalecimento do componente relativo a alimentos e serviços de alimentação no âmbito das ações de vigilância sanitária, no sentido de preservar o valor nutricional e a qualidade sanitária dos alimentos; divulgação, em parceria com instituições governamentais e não governamentais, de informações sobre qualidade e segurança dos alimentos aos consumidores; revisão e ou adequação das normas técnicas e operacionais e instrumentos de fiscalização; atualização da legislação sanitária nacional sobre alimentos e o estabelecimento de metas para a redução do teor de gordura, sal e açúcar nos alimentos industrializados.

A Lei dos Agrotóxicos (Lei nº 7.802, de 12 de julho de 1989 que regula sobre o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos), constituiu um instrumento de proteção estratégico no âmbito da promoção da SAN. No entanto, são diversos os obstáculos para que sejam

efetivadas as ações nela previstas, especialmente no que se refere à fiscalização, as ações de precaução no processo de registro desses produtos. O Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA) de 2001, coordenado pela ANVISA em conjunto com as Coordenações de Vigilância Sanitária dos estados da Federação é também estratégico neste processo. Uma série de problemas vem sendo identificados no que se refere ao uso de agrotóxicos no país, uma área estratégica para o campo da SAN, e podem ser potencializados pelo campo da SAN dadas as dificuldades de infraestrutura de gestão vivenciadas pelo MS na implementação destas ações (ANVISA, 2009).

c) Monitoramento da situação alimentar e nutricional.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN -, como um dos instrumentos possíveis para o alcance deste objetivo de monitoramento, tem um grande potencial de no âmbito de uma política de SAN. Em sua versão mais ampliada, o SISVAN deveria contemplar

o monitoramento de dados sobre a situação alimentar e nutricional de uma dada população, incluindo informações sobre toda a cadeia produtiva: produção, comercialização, acesso, utilização biológica do alimento, estado nutricional, saúde e práticas alimentares (compondo assim informações tanto sobre a dimensão alimentar quanto nutricional). Para tal, envolveria informações provenientes de diferentes setores de governo. Na prática o sistema funciona de forma mais efetiva no que se refere aos dados produzidos pelo setor saúde, especialmente dados antropométricos e alguns dados sobre práticas alimentares.

Ao monitorar indicadores, tanto no plano alimentar quanto nutricional, o SISVAN poderia contribuir para uma compreensão integrada do processo nutrição/ saúde/ doença, articulando fatores biológicos, sociais, culturais, econômicos etc e para uma implantação mais efetiva da própria Política de Alimentação e Nutrição, que inclui ações de diversos setores que influenciam direta ou indiretamente o quadro nutricional da população.

Desde 2008 o SISVAN abarca informações sobre todas as fases do ciclo de vida e alguns dados sobre consumo alimentar, especialmente marcadores de alimentação saudável e a ser alimentado através de um sistema informatizado on line (SISVAN WEB). No entanto, cabe considerar que tratam-se de dados dos usuários dos serviços de saúde e portanto o SISVAN pode de ser articulado a um outro conjunto de dados provenientes de Pesquisas de amostra populacional e outras como as Chamadas Nutricionais realizadas no dia de vacinação e contemplam dados sobre estado nutricional de crianças menores de 5 anos e algumas questões relacionadas ao consumo alimentar.

O MS também dispõe de outros sistemas de informação que são estratégicos para o campo da SAN por possibilitarem o monitoramento de doenças fortemente relacionadas com a alimentação como as cardiovasculares, o câncer, diabetes, a hipertensão, obesidade, desnutrição. Dentre estes destacam-se: o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA; O SISCAM –

Sistema de Informações do Câncer da Mulher o Sistema de Informação de Mortalidade e o VIGITEL- Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico, dentre outros.

Os dados produzidos pelo SISVAN em articulação com outras fontes, podem subsidiar as políticas públicas tanto indicando tendências do quadro alimentar e nutricional da população atendida quanto dando visibilidade a grupos populacionais de risco. Estes grupos devem ser os beneficiários prioritários de programas desenvolvidos não só pelo setor saúde, mas também por outros setores.

d) Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis

Esta diretriz inclui: incentivo ao aleitamento materno; divulgação de conhecimentos sobre a questão alimentar e nutricional na ótica do direito humano à alimentação, construção de práticas alimentares saudáveis, resgate de hábitos e práticas alimentares regionais e consumo de alimentos locais de baixo custo e ele-

vado valor nutritivo. As estratégias educativas abrangem: campanhas de comunicação social sistemáticas; materiais informativos destinados a apoiar a capacitação de profissionais da rede básica de saúde em orientação alimentar; medidas voltadas para disciplinar a publicidade de produtos alimentícios infantis; apoio a programas institucionais já existentes como o “Hospital Amigo da Criança” e dos bancos de leite humano; reforço divulgação e ampliação de dispositivos da legislação que assegurem às mães condições básicas para amamentarem os seus filhos; acompanhamento do processo de industrialização e comercialização de produtos farmacêuticos e ou dietéticos; acompanhamento e o monitoramento de práticas de marketing no sentido de divulgarem atitudes saudáveis, estratégia de promoção do Aleitamento Materno exclusivo e de promoção da alimentação complementar saudável.

Dentre as ações que vem sendo desenvolvidas destacam-se àquelas no campo da rotulagem nutricional; disseminação de informações através de diferentes meios; resgate de hábi-

tos e práticas alimentares regionais - projeto de alimentos regionais brasileiros; elaboração e Divulgação de diretrizes técnicas sobre alimentação nas diferentes fases do ciclo de vida; os guias Alimentares; programa de promoção da alimentação saudável em comunidades indígenas; o projeto da Tabela Brasileira de Composição de Alimentos, dentre outros

O MS vem apoiando os estados e municípios no desenvolvimento de ações para a promoção da saúde e a prevenção de doenças relacionadas à alimentação e nutrição. A Portaria nº 3.181, de 12 de dezembro de 2007, define os parâmetros do repasse de recursos financeiros para que estados e municípios com mais de 200.000 habitantes desenvolvam ações de promoção a alimentação saudável com ênfase no resgate de hábitos e práticas alimentares regionais especialmente frutas e hortaliças; na valorização da produção e do consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo; na elaboração de materiais técnicos para os profissionais de saúde e/ou para a população (manuais, vídeos, informativos, folhe-

tos, cartazes etc.); no fomento de ações educativas de incentivo ao consumo de alimentos regionais brasileiros, especialmente frutas e hortaliças.

Devem ser também destacadas as ações referenciadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), instituídos pela Portaria GM 154/08, têm o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e no processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Dentre as ações propostas para estes núcleos destacam-se; o desenvolvimento de ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo da vida; a socialização do conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como desenvolver estratégias de resgate de hábitos e práticas alimentares regionais relacionadas ao consumo de alimentos locais de custo acessível e elevado valor nutritivo; o conhecimento e estímulo a produção e ao consumo dos alimen-

tos saudáveis produzidos regionalmente; a promover da intersetorialidade para viabilizar o cultivo de hortas e pomares comunitários; a elaboração e divulgação de material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF.

Medidas de proteção também vêm sendo desenvolvidos tais como as ações de caráter regulatório que impedem que coletividades e indivíduos fiquem expostos a fatores e situações que estimulem práticas não saudáveis, como a regulamentação da venda e propaganda de alimentos nas cantinas escolares (como citado), a regulamentação de publicidade dirigida ao público infantil e a regulamentação da rotulagem de produtos dirigidos a lactentes

e) Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição

Esta diretriz inclui o controle das seguintes questões nutricionais: Desnutrição/infecção: prevenção e manejo adequado das doenças infecciosas; distribuição de alimentos, educação alimentar; vigilância do crescimento e do

desenvolvimento; atenção especial as crianças nascidas com baixo peso, assistência alimentar as crianças em risco de desnutrição, compreendidas na faixa etária dos seis meses aos seis anos de idade, gestantes e as nutrizes em risco nutricional, principalmente nos bolsões de pobreza. Obesidade e doenças crônicas não transmissíveis promoção da saúde e ao controle dos desvios alimentares e nutricionais. Anemia por carência de ferro: enriquecimento alimentar, orientação educativa e, uso de ferro medicamentoso. Fortificação de parte da produção brasileira das farinhas de trigo e de milho, alimentos de largo consumo popular e de baixo custo. Hipovitaminose A: aplicação periódica e emergencial de megadoses de retinol nas áreas de risco, estímulo à produção e ao consumo de fontes alimentares ricas nesta vitamina ou seus precursores e, quando necessário, o enriquecimento/fortificação de alguns alimentos. Distúrbios produzidos pela deficiência primária de iodo: iodação do sal de consumo doméstico e de consumo animal.

Interfaces entre PNAN e PNSAN

A Política Nacional de SAN dialoga com outras políticas a partir de espaços que não são setoriais (CONSEA; CAISAN e seus congêneres estaduais e municipais) e, portanto, potencialmente, teria maior “ingerência” ou capacidade de pactuação com diversas políticas setoriais.

Esta política lida com orçamentos e estruturas político institucionais de diversos setores (Política setoriais e sistemas, incluindo PNAN e SUS) e busca interfaces entre sistemas como o SUS, o SUAS (Sistema Único de Assistência Social) dentre outros. De igual modo tem como vocação propor formas de operacionalização das políticas setoriais com base nos princípios da SAN.

Neste sentido, desenvolver as ações de saúde e de alimentação e nutrição no âmbito do SUS e da PNAN sob a ótica da SAN implica em formas diferenciadas de operacionalização, ou seja, buscando uma maior integração entre produção, comercialização acesso e consumo. De igual modo, implica em compreender a nutrição como parte de um sistema.

Sendo assim, quando pensamos as ações de promoção à alimentação saudável no âmbito do SUS é pertinente questionar se o papel que cabe ao setor saúde são apenas os aspectos referentes ao consumo restrito ou se é possível promover práticas saudáveis abordando o consumo de forma restrita? Como, por exemplo, pensar as compras institucionais (especialmente de alimentos e produção de refeições) do próprio SUS? Como pensar práticas educativas e o atendimento prestado no SUS?

O processo de compra de alimentos e de produção de refeições – nos hospitais, escolas, nas instituições que comercializam refeições, equipamentos públicos, abrigos, asilos, etc contribuiu de forma importante para a consolidação da SAN. Mas para tal, cabe questionar: quais os alimentos que vêm sendo comprados; que tipos de alimento; de quais fornecedores; como é possível potencializar a compra de alimentos de modo a fortalecer determinados segmentos de fornecedores e não gerar mais iniquidades entre os produtores de alimentos; como comprar e ofertar alimentos frescos

que contribuíam para a promoção de uma alimentação saudável nestas instituições; como garantir a qualidade nutricional, sanitária da alimentação ofertada; como garantir a adequação cultural desta alimentação; como atender as necessidades específicas dos diversos segmentos de usuários.

As ações de educação em saúde que vem sendo desenvolvidas no âmbito do SUS no atendimento ambulatorial, nos hospitais, na estratégia saúde da família, dentre outros, são também um elo importante com a política de SAN. Cabe, no entanto pensá-las sob a ótica da SAN. O desafio atual reside em ampliar as ações de educação alimentar e nutricional para além dos aspectos do consumo e tratar o próprio consumo a partir das formas de produção, comercialização, considerando as diferentes dimensões psicossociais, econômicas, culturais deste processo.

A atenção básica de saúde, bem como as escolas e as Unidades de Alimentação e Nutrição que integram diferentes instituições públicas são estratégicas para o desenvolvimento de

ações educativas na ótica da SAN, por constituírem-se em espaços de troca de informação e vivência. No entanto, devem possibilitar a reflexão sobre os fatores determinantes das práticas em saúde e nutrição, estimular a análise crítica destes condicionantes, promover a autonomia de escolha no cotidiano e os valores de cidadania de direitos humanos. No entanto, tradicionalmente, estas ações vêm sendo mais utilizadas como um instrumento de afirmação de um saber dominante e de responsabilização do indivíduo do que como uma estratégia de reflexão sobre os determinantes macrosociais e sua interrelação com os processos individuais e familiares e os ambientes que condicionam as decisões em torno da saúde (Albuquerque & Stotz, 2004).

Diversas ações podem contribuir para potencializar as interfaces entre PNSAN e PNAN:

a) Consolidar a ótica do DHAA no atendimento em saúde e no atendimento nutricional no âmbito do SUS.

As ações de atenção à saúde e a nutrição que vem sendo desenvolvidas no âmbito do

SUS tem sido repensadas à luz dos princípios que, como referido, pautam a Política Nacional de Promoção à Saúde, como a autonomia no cuidado em saúde, a participação social, a intersectorialidade na promoção das interconexões entre determinantes de âmbito individual, comunitário e social em diferentes âmbitos bio psico social. A própria Estratégia Saúde da Família também vem se colocando como potencializadora da transformação do modelo assistencial com base nestes princípios.

O campo da SAN potencializa estes princípios e fortalece outros, tais como a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável, da sustentabilidade institucional social e ambiental além da dimensão cultural deste processo.

Consolidar estes princípios no âmbito do atendimento em saúde e nutrição no SUS implica em rever desde as informações que são conhecidas sobre os usuários, seu contexto de vida, familiar, sócio-econômico e todos os processos que são essenciais para compreender as interações entre os determinantes bioló-

gicos, sociais, culturais psicológicos do processo saúde e doença e das práticas alimentares. Esta compreensão é essencial para a construção de uma assistência mais adequada ao contexto de vida e de estratégias que potencializem a autonomia no cuidado com a saúde bem como os recursos individuais, familiares e comunitários.

A ótica do direito implica também em reconstruir os princípios que pautam a prática profissional no sentido de que os próprios profissionais se vejam como agentes responsáveis pela garantia de direitos e assim se disponham a qualificar sua atuação. Significa, por exemplo, compartilhar informações que são essenciais para que os usuários potencializem seu acesso à um conjunto de direitos humanos, econômicos, sociais, civis, políticos e culturais que tem íntima interface com a saúde e nutrição.

b) Articular programas do setor saúde com programas de outros setores através de encaminhamentos formais ou informais dos próprios serviços e da ampliação das informações sobre direitos e programas públicos

Esta estratégia também se coloca diante das questões anteriormente destacadas no que se refere a ampliar o acesso a um conjunto amplo de direitos à população usuária do SUS. Esta perspectiva é adequada aos princípios de todas as políticas aqui citadas (autonomia, participação, direitos) e que balizam a promoção da saúde e da SAN através da potencialização de políticas, programas e ações que incidem nos determinantes destes quadros. Neste âmbito de atuação incluem a disseminação de informações estratégias em termos das ações existentes, dos mecanismos de exigibilidade de direitos e o apoio para que os usuários possam ter acesso efetivo a estes bens e serviços públicos.

Como exemplos de articulação deste tipo podemos citar a integração das ações da atenção básica, da estratégia saúde da família com programas sociais, como o Programa Bolsa Família, a articulação com as ações desenvolvidas pelos Centros de Referência de Assistência Social, como ações de geração de emprego e renda e ações sócio-educativas. Isto exige uma

pactação entre os Ministérios envolvidos para que as ações de um setor tenham de fato repercussão nas ações do outro, ou seja, em caso onde, por exemplo, os gestores do setor saúde identifiquem usuários potenciais de programas de outros setores que este encaminhamento tenha um retorno positivo no sentido de inclusão destes usuários nos programas em pauta.

c) Fortalecer o diálogo entre as ações de Nutrição Clínica e Produção nos Hospitais.

Considerando que o campo da SAN desafia a repensar todas as ações numa perspectiva sistêmica as conexões entre as ações de recuperação da saúde e promoção se recolocam no âmbito do SUS. A alimentação que é disponibilizada para os usuários do sistema, em qualquer de suas instâncias, tem simultaneamente um papel de promoção à saúde e recuperação e quanto pensadas sob a ótica da SAN cabe considerar diversos fatores, tais como: de que forma os alimentos são produzidos, quem são os fornecedores, quais as origens destes alimentos, como o processo de produção deste

alimento nas instalações institucionais condiciona e é condicionado por toda a infra-estrutura existente e desta forma condiciona também a situação de SAN dos usuários. Neste sentido cabe questionar: a dimensão cultural é considerada? Os direitos dos portadores de necessidades específicas são reconhecidos? Os alimentos utilizados são produzidos de forma ambiental, social e institucionalmente sustentáveis? Como o diálogo entre os profissionais que atuam mais diretamente com os usuários e aqueles que atuam na produção desta refeição que chega ao seu consumidor final favorece ou não que estas questões sejam consideradas? A alimentação disponível atende aos princípios da promoção à saúde na ótica da garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável? O processo favorece a autonomia e respeita a diversidade de necessidades individuais?

d) Consolidar princípios e ações no âmbito das Unidades de Alimentação e Nutrição para que sejam promotoras de SAN.

As Unidades de Alimentação e Nutrição,

que incluem restaurantes comerciais e institucionais, públicos e privados (Incluindo o SUS) são espaços potenciais para promoção de saúde e SAN e cabe ao setor público regulamentar as práticas que ali se desenvolvem para atenderem aos princípios do Direito Humano à Alimentação Adequada, Alguns destes princípios vem sendo adotados por governos locais no país para incentivar restaurantes comerciais a promoverem saúde e SAN e podem ser aplicados a qualquer UAN no âmbito do SUS (Prefeitura Curitiba, 2005).

Várias ações podem ser adotadas nesta perspectiva:

- Ações que favoreçam o desenvolvimento de habilidades pessoais e co-responsabilização pela saúde dos funcionários e usuários da UAN, tais como: disponibilização de informações que contribuam para o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade em questões relativas à saúde individual e coletiva; informações sobre direitos, bens e Meios de a população manifestar-se em relação

a qualidade dos serviços prestados programas públicos; informações sobre o processo de produção comercialização e propaganda de alimentos; Informações sobre rotulagem.

- Implantação de programas e estratégias que garantam a saúde do trabalhador
- Implantação de ações específicas para trabalhadores e usuários portadores de necessidades especiais
- Atendimento aos princípios da vigilância sanitária
- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
- Existência de políticas de combate ao fumo (ambiente livre de cigarro), ou áreas fisicamente delimitadas para fumantes e não fumantes com orientações pertinentes
- Existência de programas de preservação ambiental e controle de poluição
- Meios de a população manifestar-se em relação a qualidade dos serviços prestados

- Rampas e sanitários adaptados a pessoas portadoras de necessidades especiais (imprescindível);
- Existência de programa de separação do lixo e destinação adequada (imprescindível);
- Existência de programas de controle de recursos finitos e controle de desperdício;

e) Desenvolver ações educativas na ótica da SAN

Uma prática educativa baseada nos princípios da promoção da saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional, pressupõe uma visão complexa, inter e transdisciplinar ampliada de saúde e uma nova forma de relacionamento entre os profissionais de saúde e a população. Pressupõem a centralidade da saúde e não da doença, bem como a construção da autonomia no cuidado com a saúde, a utilização de perspectivas pedagógicas de construção ativa e interrelacional do conhecimento que de fato promova a participação social. A ótica da SAN impõe que sejam tratados dos aspectos que envolvem todo o sistema alimentar e nutri-

cional e não apenas da dimensão do consumo, desde questionamentos sobre a forma como o alimento é produzido, processado, comercializado, promovido como mercadoria, até os programas públicos existentes, mecanismos de exigibilidade de direitos, dentre outros. Nesta abordagem, torna-se imprescindível conhecer e compreender as noções de qualidade de vida e saúde da população a ser atendida pelos serviços, pois assim pode-se evitar um comportamento prescritivo por parte dos profissionais e, ao mesmo tempo, promover efetivas mudanças sócio-ambientais e de comportamento por parte dos sujeitos e instituições (Mendonça, 2005).

Uma questão que deve ser considerada é que a potencialização do campo da SAN implica em articular ações desenvolvidas por diferentes setores. Neste sentido, as ações educativas vêm sendo implementadas por diferentes áreas, programas e políticas do Ministério da Saúde, em interface ou não com outros Ministérios, e também por outros segmentos e setores do governo. Neste sentido é fundamen-

tal que o planejamento destas atividades no âmbito de uma Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional seja feito de forma a integrar todos os setores e instituições governamentais que vem desenvolvendo ações deste tipo.

3. Avanços

O setor saúde vem contribuindo de forma importante para consolidar a dimensão nutricional da SAN em áreas onde podem ser identificados avanços estratégicos tais como:

- 1) As discussões sobre o tema de práticas alimentares e seus múltiplos determinantes que vem sendo feitas no âmbito do setor saúde;
- 2) A inserção de temas na agenda políticas tais como as ações regulatórias sobre consumo de alimentos, propaganda, processamento de alimentos, uso de agrotóxicos e rotulagem;
- 3) As políticas de promoção à saúde, de alimentação e nutrição e iniciativas intersetoriais como às voltadas a promoção de saúde e alimentação saudável nas escolas;
- 4) As ações de prevenção à Doenças Crôni-

cas Não Transmissíveis;

- 5) As ações de Vigilância Alimentar e Nutricional,
- 6) As ações de Vigilância Sanitária
- 7) As ações de controle de doenças relacionadas com a carência de micro-nutrientes.

As ações que vem sendo desenvolvidas em relação à estes temas podem ser consideradas contribuições importantes da saúde para o campo da SAN, algumas com avanços mais significativos do que outras pela própria complexidade dos processos de implementação e pelas questões político-institucionais enfrentadas no âmbito do MS. O enfrentamento deste contexto político setorial pode ser em muito favorecido pela articulação dos setores que tratam das ações de alimentação e nutrição do MS com o campo político-institucional da SAN.

Neste sentido, os atores envolvidos com as ações de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde vêm participando de espaços estratégicos para a promoção da intersetorialidade e para consolidar a intervenção da saúde em outros campos e políticas setoriais. Neste sen-

tido destacam-se a participação no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), ligado diretamente a presidência da república e as iniciativas de articulação da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) do Conselho Nacional de Saúde com o CONSEA.

A experiência de diálogo intersetorial que vem sendo travada na CIAN pode contribuir para os processos políticos em curso no CONSEA e vice versa, pois apesar de tratar-se de um espaço setorial algumas particularidades marcam sua dinâmica política. Determinados atores podem privilegiar o diálogo mais direto com o Ministério da Saúde, pois este regula de forma mais incisiva segmentos do setor privado, como a indústria, por exemplo. Sendo assim, as aproximações que vem sendo feitas para fortalecer o diálogo entre estes dois conselhos (CNS e CONSEA) podem ser bastante frutíferas para o enfrentamento de questões críticas para o campo da alimentação e nutrição e da SAN como a regulamentação de propaganda de alimentos, especialmente vol-

tados para o segmento infantil, as ações de vigilância incluindo regulamentação e controle no uso de agrotóxicos e rotulagem.

Com todos os desafios que serão apontados posteriormente o setor saúde vem desenvolvendo uma experiência importante na consolidação de um Sistema, o SUS, pautado em princípios semelhantes ao Sistema Nacional de SAN (equidade, descentralização, participação social, dentre outros). Além disto, como ressaltado, diversas políticas e estratégias implementadas pelo setor saúde também são pautadas por princípios chave para a política de SAN como a interdisciplinaridade, a intersectorialidade, a promoção da autonomia no cuidado com a saúde, a construção de parcerias, a construção de ambientes promotores de saúde, a sustentabilidade ambiental, social e política institucional, dentre outros. Considerando que são princípios de difícil implementação e que exigem a construção de espaços, mecanismos e processos institucionais específicos para sua efetiva construção, o setor saúde pode ser um ator chave para construção da Política e do

Sistema de SAN pela vivência acumulada nos últimos 20 anos.

Isto vale também para a formulação e implementação de outras ações complexas como sistemas de informação e monitoramento, como os aqui citados, que apesar dos desafios enfrentados, vem se consolidando também ao longo de décadas.

O monitoramento do uso de agrotóxicos que é uma questão tão estratégica para o campo da SAN é igualmente complexo pela infraestrutura institucional que exige, incluindo os laboratórios para análise dos alimentos e as equipes para fiscalização. Sendo assim, trata-se de uma ação que o campo da SAN pode potencializar na saúde contribuindo para consolidar os recursos necessários para este tipo de ação.

4. Desafios e recomendações que se colocam para o Setor Saúde frente às questões apresentadas

Como já sinalizado a saúde e a alimentação e nutrição podem ser considerados temas inte-

gradores de várias políticas; Saneamento, Meio Ambiente, Habitação, Trabalho e Emprego, Educação, Agricultura, dentre outros, No entanto, historicamente há uma baixa integração da política de Saúde com outras políticas públicas e isto se reflete na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, nos desafios para o diálogo intersetorial e intrasetorial. Neste sentido o campo da SAN pode ser visto como um aliado político institucional no processo de definição em torno do que o setor saúde pode pautar sobre o tema da alimentação e nutrição em relação aos outros setores de políticas públicas.

• Consolidar processos de articulação política entre os campos a partir de uma agenda comum

Consolidar e ampliar a interlocução entre os espaços institucionais de gestão e controle social destes dois domínios de políticas (SAN e SAÚDE) é fundamental, seja através dos Conselhos, como o CONSEA e o CNS, seja no âmbito da Câmara Interministerial de SAN e de outros espaços institucionais por onde passem as decisões em torno das ações que compõem estes campos.

Esta articulação política se fortalece a partir da identificação de temas que são estratégicos para os dois setores e ganhos políticos e institucionais mútuos. Sendo assim, identificar que temas são estes em cada conjuntura é essencial para promover uma pactação política.

- **Fortalecer e consolidar a vigilância Alimentar e Nutricional**

Na prática o SISVAN não vem sendo implantado em todas as suas potenciais dimensões, restringindo-se muitas vezes a vigilância nutricional e até mesmo aos dados antropométricos, ou aos dados de usuários de programas sociais. No entanto, ainda assim o sistema tem papel fundamental ao antever intervenções concretas nos serviços de saúde como: tratamento diferenciado ao usuário de risco; reestruturação do serviço no sentido de aprimorar a coleta registro e processamento de dados. Além disto, é um sistema estratégico para a consolidação de um conjunto de informações fundamentais para o monitoramento e gestão em SAN. Cabe destacar que a implantação do SISVAN WEB representa um avanço por con-

templar informações sobre todas as fases do ciclo de vida e alguns dados de práticas alimentares.

Dentro desta perspectiva o desafio reside numa efetiva implantação do SISVAN, para além de uma tarefa de alimentar banco de dados, considerando seu potencial em subsidiar um planejamento articulado entre setores de governo, fortalecer uma concepção ampliada da alimentação, nutrição e saúde e contribuir para políticas públicas de largo espectro como a de SAN.

Cabe também considerar a importância de implementar a notificação compulsória da desnutrição grave e da obesidade e consolidar o SISVAN Indígena, integrando-o ao SISVAN nacional, uma vez que as populações indígenas apresentam maior vulnerabilidade nutricional que a média nacional (CONSEA, 2010).

Além disto, a utilização dos dados do SISVAN para o planejamento local de ações e sua contribuição para integrar distintas estratégias locais (promoção da saúde nas escolas, estratégia saúde da família, programas sociais,

programas de nutrição) ainda merece ser mais explorado.

A troca de experiências entre o processo de implantação do SISVAN, que já vem se desenvolvendo por décadas, e a o desenvolvimento de um sistema de monitoramento em Segurança Alimentar e Nutricional também é estratégica considerando os aprendizados e desafios já vivenciados pelo setor saúde.

• Repensar as ações de educação nutricional do setor saúde à luz da Segurança Alimentar e Nutricional e integrá-las as ações desenvolvidas pelos demais setores e instituições governamentais

Como já discutido, um desafio que se coloca é o de superar a ótica prescritiva e fortemente focada nas discussões de consumo alimentar que vem pautando as ações educativas desenvolvidas no âmbito do SUS. No processo de construção de um campo de práticas educativas em SAN o setor saúde pode contribuir pelo aprendizado já acumulado e pode potencializar as ações já desenvolvidas ampliando o enfoque para as discussões referentes ao sistema

alimentar e nutricional e fortalecendo práticas pedagógicas que favoreçam a construção da autonomia no cuidado em saúde e nutrição bem como processos participativos e ativos de construção do conhecimento.

De igual modo pensar formas de preparo e práticas de gastronomia saudável e adequada a cultura e demais dimensões sociais e econômicas pode potencializar as discussões no âmbito da educação em SAN.

Como destacado, a integração de todos os setores e instituições governamentais que vem desenvolvendo ações deste tipo é fundamental para consolidar a construção de práticas educativas no âmbito de uma política de SAN.

• Pautar os processos de compra institucional de alimentos no âmbito do SUS sob a ótica da SAN

Isto significa rever a legislação e os mecanismos institucionais de compra de alimentos de modo a priorizar, ainda que progressivamente e numa perspectiva de processo, a compra de produtores pautados em sistemas agroecológicos de produção, a compra de alimentos

frescos, de produtores locais e da agricultura familiar. Esta dinâmica pode ser subsidiada pela experiência em curso das modificações no programa nacional de alimentação escolar, de seus processos e critérios de compra e da articulação com outros programas de governo como o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA).

- **Consolidar uma estratégia de promoção à saúde e à alimentação adequada e saudável que seja transversal ao campo das políticas públicas**

A promoção da alimentação adequada e saudável é um campo estratégico para consolidação de ações intersetoriais no âmbito da política de SAN, por todas as razões já apresentadas que indicam a impossibilidade de alcance deste objetivo sem a consolidação de ações nas esferas da produção, abastecimento, comercialização e consumo de alimentos.

Este tema é um tema afeto ao setor saúde e, portanto cabe a este setor protagonizar o processo de consolidação de uma estratégia intersetorial de promoção à alimentação sau-

dável no campo da SAN. A articulação política necessária para tal impõe que este processo seja capaz de identificar temas chave dos vários setores que compõe a política de SAN para além da saúde e que são essenciais para a promoção da alimentação saudável. Estes temas são também aqueles que acabam por constituir-se em “bandeira de luta” e mobilização política de diversos segmentos e organizações sociais, como por exemplo: a consolidação de sistemas agroecológicos de produção de alimentos; a regulamentação da propaganda e publicidade de alimentos; a diversidade cultural das práticas alimentares e dos diferentes segmentos sociais que constroem identidades em torno destas práticas; a promoção da alimentação saudável nas escolas e locais de trabalho; as ações de educação em SAN; a promoção da alimentação saudável em unidades de alimentação e nutrição incluindo as instituições do SUS, os restaurantes populares e outros equipamentos públicos e privados de comercialização de refeições.

Além disto, o tema em si da alimentação

saudável vem mobilizando a sociedade brasileira de forma mais ampla em função das interações entre as práticas alimentares e doenças crônicas não transmissíveis, transtornos alimentares, dentre outros que ganham expressividade no debate social em torno da saúde. Desta forma este tema é estratégico também para a construção da visibilidade do campo da SAN junto à sociedade brasileira, através dos diferentes meios de comunicação, processos e espaços políticos em curso. Esta visibilidade é essencial para que os diferentes segmentos da sociedade apoiem politicamente o campo e dêem sustentação política para sua consolidação nos próximos contextos de gestão pública.

- **Consolidar uma estratégia intersetorial de superação do quadro de insegurança alimentar e nutricional que ainda atinge determinados segmentos populacionais**

Da mesma forma que o campo da promoção da alimentação saudável, a superação do quadro de insegurança alimentar por escassez de alimentos e dificuldades de acesso a uma

alimentação adequada e saudável compõe um conjunto de ações políticas essenciais para o campo da SAN. Por algumas décadas este campo se constituiu em torno das lutas pela superação da fome e da miséria e infelizmente estes temas ainda integram de forma expressiva o quadro de SAN da população brasileira. De forma especialmente dolorosa atinge determinados segmentos como quilombolas, indígenas, população de baixa renda, moradores de rua, populações que perderam o acesso a terra e aos meios produtivos para garantir sua alimentação. O setor saúde ao tratar das questões referentes à desnutrição e às carências nutricionais na ótica da garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável, abordando a dimensão das práticas alimentares de forma articulada com as temáticas do acesso à terra, aos meios produtivos, aos bens e serviços públicos, ao alimento, às refeições saudáveis e adequadas, pode contribuir para potencializar o enfrentamento dos quadros de insegurança alimentar também de forma interdisciplinar. Esta é uma temática estratégi-

ca, seja pelo absurdo de vivenciarmos quadros deste tipo num país que dispõem de todos os recursos necessários para sua superação, seja por constituir-se em tema transversal à todas as políticas públicas. Ao tratar destas questões na ótica da SAN e do DHAA, o setor saúde também potencializa políticas próprias como a Política de Alimentação e Nutrição e a Política de Promoção à saúde que são regidas pelos princípios da intersetorialidade e por concepções ampliadas de saúde e nutrição que impõem necessariamente a abordagem dos múltiplos determinantes deste quadro, sejam sociais, culturais, econômicos, políticos, biológicos, psicológicos, dentre outros.



Referências

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei No 11.346 de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vista a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2006.

BRASIL. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica. Brasília: Brasil, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 710/GM, de 19 de junho de 1999. Define a Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. Portaria Interministerial No- 1.010, de 8 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional.

BRASIL. Ministério da Saúde. Obesidade. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

Burlandy, L. & Anjos, L.A., 2001. Acesso a vale refeição e estado nutricional de adultos beneficiários do programa de alimentação do trabalhador no Nordeste e Sudeste do Brasil, 1997. Cadernos de Saúde Pública 17: 1457-1464. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz.

Burlandy L, Salles-Costa R., Segurança Alimentar e Nutricional: concepções e desenhos de investigação. In: KAC, G.; SCHIERI, R.; GIGANTE, D. (Orgs). Epidemiologia nutricional. 1. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 485-502, 2007.

Burlandy L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3): 851-860, 2009.

CONSEA. A construção de uma política de Segurança Alimentar e Nutricional. II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Textos Base. Brasília: CONSEA; 2004.

CONSEA. II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Relatório Final. Brasília: CONSEA; 2004.

CONSEA. Documento Final do Encontro Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: CONSEA; 2006.

CONSEA. III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Relatório Final. Brasília: CONSEA; 2007.

CONSEA. EM sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: CONSEA, 2010.

Magalhães R, Senna M de C. Local implementation of the Family Health Program in Brazil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(12):2549-59.

Maluf, RS. Segurança alimentar e nutricional. Petrópolis: Ed. Vozes, 2007.

Pinheiro, ARO; Carvalho, DBP. Estado e Mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. Saúde Soc. 2008; 17 (2): 170-183.

Prefeitura de Curitiba. Programa restaurante saudável. Curitiba: Prefeitura, 2005.

Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad Saude Publica. 2002; 18(Suppl):203-11.

WHO The Ottawa Charter for Health Promotion. Genève: WHO, 2005., First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986, printable version on <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>.

TEXTO DE OPINIÃO 6 |

Política nacional de alimentação e nutrição e população negra

Por Denise Oliveira e Silva¹

A desigualdade social da população negra no Brasil tem suas nuances originadas pelas conseqüências da escravidão da população negra africana no período de colonização do país e pela forma como os governos brasileiros trataram este contingente populacional ao longo dos últimos 400 anos. Políticas afirmativas de fixação imigratórias dirigidas para estrangeiros no final do século XIX beneficiam mais de três milhões de europeus e japoneses a mais

de um século e não contemplaram a população afrodescendente. As conseqüências foram a sua exclusão histórica, política, econômica, social e sua marginalidade tanto nas áreas urbanas como rurais do Brasil.

Segundo a PNAD, em 2005, dos 184, 4 milhões de habitantes do país, 91 milhões se declararam pardos/ pretos e 91 milhões brancos. Estes números demonstram que 49,4%, quase a metade da população tem origem negra.

1. Doutora em Ciências da Saúde. Pesquisadora - Fundação Oswaldo Cruz

Os conteúdos expressos neste documento são de inteira responsabilidade do autor e não expressam necessariamente a opinião do Ministério da Saúde e da Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos.

Deste contingente, 35,8 milhões estão na região nordeste e 32 milhões na região sudeste. Esta realidade étnica tem sido assumida por várias estratégias governamentais com destaque para a criação da Secretaria de Igualdade Racial em 2004, que instituiu programas e políticas de afirmação social, e pelo advento da Política Nacional de Saúde da População Negra pelo Ministério da Saúde publicada em 2010.

É importante destacar que as ações implementadas no país, são consequência dos movimentos sociais que resignificaram questões históricas e sociais que contribuíram para exclusão social da população negra. Estas questões ainda são objeto de debates na sociedade brasileira. Como o sistema de cotas raciais na educação, as ações afirmativas em vários campos de conhecimento como a cultura, a estética e a religião, e etc., são debatidas pelos brasileiros e brasileiras, ainda em meio a coragem e determinação de superar as nódoas da escravidão da população negra no país.

O racismo tem nuances significativas e sutis tanto em dimensão individual como coletiva.

O mito da democracia racial contribui para encobri-lo na sociedade brasileira, determinando a invisibilidade social, econômica e cultural da população negra. Os dados demográficos apontam que este contingente populacional apresenta os maiores índices de baixa instrução, analfabetismo, marginalidade, morbidades específicas e mortalidade por doenças e violência. Segundo o IPEA, o analfabetismo era de 12,4%, em 2001, mas em negros esta taxa é de 18,2% e, entre os brancos, de 7,7%. Os anos de estudo são maiores na população branca, que atinge 6,9 e a negra de 4,7 anos. Poderíamos indagar se esta situação é recente. Sabemos que estas características eram conhecidas há muito tempo. Mas porque estavam invisíveis, do ponto de vista epidemiológico, social e econômico? As razões estão relacionadas ao racismo institucional. O racismo ainda está internalizado e propagado intra e intergerações no país. Ainda há nuances ocultas, que se expressam em dimensões individuais e coletivas e nas instituições. A superação destas ações voluntárias e involuntárias são determinadas,

tanto pela ignorância histórica, como pelo cinismo de indivíduos e de grupos, o que constitui dos principais desafios para a superação do racismo institucional.

No país, ações e programas afirmativos e de inclusão social da população negra são recentes. Destaca-se como estratégia, a inclusão da categoria, raça/cor em sistemas de informação e vigilância a saúde, o advento de editais de pesquisas para identificar e descrever esta população no país, programas de melhorias das condições de vida e inclusão social, como expressões de avanços para a superação da invisibilidade epidemiológica, econômica, social e cultural da população negra no Brasil.

As regiões geográficas do Brasil com forte ancestralidade negra têm sido identificadas como locais onde há os maiores problemas nutricionais. Comunidades negras tradicionais são aquelas consideradas culturalmente diferenciadas, com formas próprias de organização social e que ocupam territórios geográficos específicos. Podem ser denominadas de quilombos, terras de preto, comunidades de

quilombos, comunidades negras de terreiros. Estas comunidades “ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição” (Brasil, 2010).

As comunidades quilombolas têm sido priorizadas na agenda governamental. A denominação de quilombos é historicamente constituída como núcleos populacionais principalmente em áreas rurais do Brasil. Sua origem foi determinada pela busca de espaços estratégicos de resistência à condição de escravidão, como formas particulares de organização social e geográfica de reação a escravidão e luta contra a sociedade escravagista. Estas comunidades geralmente se localizaram em áreas rurais e apresentam um relativo grau de isolamento (CASTRO E AZEVEDO, 1998). No Brasil, a Fundação Cultural Palmares revela que há aproximadamente 3.600 comunidades quilombolas, podendo este número atingir 5000 comunidades. A maioria destas comuni-

dades encontra-se nos Estados do Maranhão e Bahia.

O conceito de quilombo é reinventado nos dias atuais para representar de forma simbólica e social a população de origem afrodescendente na sociedade brasileira. Esta definição cunhada no período colonial com forte conotação de sinônimo de negro fugitivo é debatida em vários fóruns da população negra brasileira como expressão de estratégia e reconstrução de identidade étnica, espaço de liberdade e fundamentalmente de organização social com autonomia.

Estas organizações sociais, ao longo de sua história, expressam a estreita correlação entre a pobreza e racismo, decorrente de fatores históricos e políticos e pode ser atestada por diversos indicadores econômicos, educacionais e de saúde. O reconhecimento da política pública brasileira para a superação desta situação é recente. A chamada democracia racial estimulou a visão de que o problema da população negra é a pobreza. Esta questão, consubstanciada pelo racismo institucional, contribui ao

longo dos anos para perpetuar as desigualdades raciais e orientou pesquisadores, estudiosos e representantes de governo a não considerar o racismo como fator estruturante das relações sociais e da pobreza no Brasil.

No campo da alimentação e nutrição, estudos e pesquisas sobre o perfil nutricional da população negra são realizados de forma pontual por pesquisadores interessados em temas específicos no campo da antropologia, sociologia, epidemiologia, demografia e saúde. Os resultados destas pesquisas são limitados a áreas e localidades restritas do país, e tem nestes limites, contribuído para o reconhecimento que os perfis de morbi-mortalidade são diferenciados para grupos populacionais de origem negra. No campo da pesquisa sobre perfil nutricional, os estudos mais recentes, são oriundos do censo demográfico e da PNA-Ds que inclui o quesito raça/cor.

Destaca-se a pesquisa de caráter nacional realizada pelo Ministério de Desenvolvimento Social, a “Chamada Quilombola”, que permitiu conhecer o perfil nutricional de crianças

menores de 05 anos quilombolas. Seus resultados demonstram a existência 11,6% de formas crônicas de desnutrição, segundo o índice estatura e idade, demonstrando o risco nutricional, próximos aos encontrados em crianças do Nordeste urbano de uma década atrás. As conclusões e as recomendações descritas neste relatório demonstram que as comunidades quilombolas estão em risco de morbi-mortalidade por doenças infecciosas em função da “precária condições de vida, e das péssimas condições de moradia e acesso a serviços de água e esgoto”(Brasil, 2007).

Os resultados destas pesquisas, ainda que recentes, tem contribuído para a discussão da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), conceituada como o direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural de cada região e que sejam sociais, econômicas e ambientalmente sustentáveis (CONSEA,

2006). Portanto, esta concepção envolve um conjunto de questões referentes à segurança alimentar nutricional de uma população ou indivíduo que não se restringe apenas a questões relacionadas ao acesso aos alimentos, situação de pobreza ou desnutrição. Mas que reafirma que os fatores que determinam os indicadores de fome e sustentabilidade alimentar são diversos, e envolvem também questões relacionadas com o Direito Humano a Alimentação Adequada, as condições favoráveis à produção, a soberania alimentar, a configuração da desigualdade da sociedade; a qualidade sanitária e nutricional dos alimentos; a privatização dos recursos ambientais, a degradação ambiental; ao processo saúde-doença e ao perfil de consumo alimentar de risco a saúde.

Na última Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional realizada em 2007, o conceito de Segurança e Soberania alimentar assumiu que a forma de ocupação social do espaço geográfico, o patrimônio natural e a herança cultural, são aspectos de segurança alimentar e nutricional. Dentre es-

tas funções, destacam-se a: valorização das dimensões sociais, ambientais e culturais da produção própria de alimentos; ampliação do acesso à população a alimentos de qualidade, de eqüitativo e sustentável de produção agro-alimentar e o estímulo a diversidade de hábitos alimentares que promovam práticas alimentares saudáveis.

Neste sentido, o debate sobre SAN como instrumento que visa proporcionar o bem-estar social, guarda relação com a disponibilidade agregada de alimentos (ou seja, a auto-suficiência nacional de alimentos), a qual envolve quatro condições básicas: suficiência, estabilidade, autonomia e sustentabilidade na produção de alimentos (VALENTE et al., 1995). Assim, a Política de Alimentação e Nutrição, deve interagir com políticas de desenvolvimento econômico e promoção à agricultura familiar e considerar as especificidades de comunidades tradicionais negras, integradas a dinâmica da produção familiar do país. E como esta interface deve ocupar um papel importante na estratégia de desenvolvimento da política de

Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), principalmente, com relação a aspectos relacionados com a economia sustentável, crescente eqüidade e inclusão social.

Nas comunidades quilombolas, a posse da terra e a superação do racismo são os aspectos principais na percepção da SAN. Para os ancestrais africanos é através da terra que se garante o ritual do nascer, é da terra que se recebe a benção dos orixás. São pelas plantas que vem o Axé, e todo este complexo de relação com a natureza é que deve determinar a subsistência e os ciclos da vida. Todo este processo está comprometido pela demora da regularização das terras quilombolas que são atualmente objeto de luta e conflito com a expropriação e a grilagem de terras. Esta situação retarda estratégias de melhoria das condições de vida desta população e contribui como fator deletério para a saúde.

A existência de programas e políticas para a população negra, como a realização de editais públicos de pesquisas, pode contribuir na superação da invisibilidade destas comunidades

e a inclusão social pelo investimento no campo da saúde. O advento da Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSPN) é uma destas respostas para a superação das consequências históricas do desenvolvimento econômico-social desigual da população negra e tradicional de matriz africana. A Política Nacional de Saúde da População Negra foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006 e publicada pelo Ministério da Saúde em 2010.

“A PNSPN define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Trata-se, portanto, de uma política transversal com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo e que deverá atuar articulada às demais políticas do Ministério da Saúde”.

Seus princípios estão embasados na constituição federal, de cidadania, e dignidade da pessoa humana, do repúdio ao racismo, e da igualdade e reafirma o Sistema Único de Saúde, com base a participação popular e o prin-

cípio de equidade. Em seu texto é destacado “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”.

A PNAN, como política setorial do Ministério da Saúde, deve estar orientada para ter interfaces com o objetivo geral da PNSPN, “de promoção a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS”. Portanto, é neste contexto que a Política Nacional de Alimentação e Nutrição se insere ao assumir em suas diretrizes ações que contribuam para a melhoria das condições de vida, saúde, alimentação e nutrição da população negra.

O processo de implementação de políticas públicas para a população negra pode ser considerado um avanço, embora sejam recentes. Mas seu desenvolvimento tem permitido a inclusão deste tema na pauta e agenda das três

esferas de governo. Há um longo caminho a ser percorrido e as lacunas existentes são relacionadas ao processo histórico de exclusão social e do racismo da população negra. Associa-se a isto, o ineditismo destas políticas que demandam gerenciamento para sua implantação em todo território nacional.

A PNSPN prevê um plano operativo que atua em dois grandes eixos de problemas: (1) raça negra e racismo como determinantes sociais das condições de saúde, acesso, discriminação e exclusão social; (2) morbidade e mortalidade da população negra. Estes eixos têm várias estratégias de operacionalização que permitem interface com a PNAN:

Adoção de mecanismos gerenciais e de planejamento para a promoção da equidade em saúde de grupos populacionais em condições de vulnerabilidade e iniquidade;

- Introdução da abordagem étnico-racial nos processos de formação de Escolas/ Centros Formadores dos profissionais de Saúde;
- Aperfeiçoamento da coleta e análise de

dados em saúde quanto ao quesito etnia/raça/cor nos sistemas de informação do SUS;

- Implantação do Programa de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias;
- Redução da mortalidade infantil pós-neonatal, com ênfase nas doenças diarreicas e pneumonias;
- Redução da morbi-mortalidade na população quilombola.

Os desafios colocados para o enfrentamento desta situação deverão envolver a análise das condições contextuais e políticas. Para isto, são necessárias medidas gerenciais e de planejamento para a promoção de equidade em saúde para seu equacionamento principalmente pela articulação intersetorial.

No Brasil, as relações sócio-econômicas, os hábitos e práticas alimentares nos diferentes grupos sociais constituíram as estruturas alimentares. A partir das transformações que traz o capitalismo, se dá um processo de desconstrução nas relações que a alimentação

mantinha com as culturas, com os lugares e territórios e com as formas de organização da vida social. Este processo tem afetado a todos, mas são mais significativos nos grupos vulneráveis sócio-economicamente.

A consecução de ações entre a PNAN e a PNSPN está entre os desafios para o SUS, pela inclusão dos princípios de equidade social e de acesso a promoção da saúde no planejamento e gerenciamento de ações das três esferas de governo. As ações previstas nestas políticas podem contribuir para a superação desta problemática e promover a equidade social.

Para a PNAN, as recomendações de ações a população negra devem contribuir para a equidade social da escolha alimentar. Em grupos de risco social, os fatores significativos que afetam a todos, e determinam a má-nutrição, matriz da desnutrição e da obesidade são resultantes da interação dialética entre as estruturas habituais do cotidiano, os ciclos ecológicos dos recursos naturais, a dinâmica político-econômica da sociedade. Em populações de risco, neste caso, marcadas pela pobre-

za e pelo racismo, as conseqüências são mais significativas. Todos esses fatores devem ser compreendidos em função da escolha de alimentos culturalmente diferenciados, associados ao direito que estas populações têm de obter informações corretas sobre o conteúdo dos alimentos, práticas alimentares e estilo de vida saudáveis, como qualquer cidadão brasileiro, para ter saúde e reduzir o número de doenças ocasionadas por uma alimentação inadequada.

No elenco de estratégias desenvolvidas no país pela orientação da PNAN, pode-se identificar um conjunto de ações que contribuem para superar os problemas apontados pela PNSP:

- fortalecimento da rede de alimentação e nutrição composta pelas três esferas de governo e pelas universidades, para a adoção de estratégias de gestão e gerenciais para a promoção da equidade social e redução da morbi-mortalidade na população negra;
- formação de profissionais de saúde que atuam no âmbito da alimentação

e nutrição para a abordagem étnico-racial, com seu enfoque de valorização do patrimônio e herança cultural da população negra;

- aperfeiçoamento da coleta e análise de dados e informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional quanto ao quesito raça/cor;
- desenvolvimento de editais de pesquisa para contemplar a relação alimentação, nutrição e cultura e tratamento de pessoas com anemia falciforme;
- implantação de estratégias terapêuticas com base em pressupostos de religiões de matriz africana.

É importante que como irmãos brasileiros, de todas as raças e matizes de cor de pele, consigamos superar a nódoa da escravidão e reconstruir de forma conceitual e ética políticas públicas que nos fortaleça como sociedade brasileira. Esta reconstrução é necessária e urgente.



Bibliografia Consultada

- AYRES JRCM de, JUNIOR IF, CALAZANS GJ, FILHO HCS. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios In: Czeresnia, D, organizadora. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 2003, 176p.
- BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), Brasília. Relatório de Chamada Nutricional Quilombola 2007; 50p.
- BRASIL. Diagnóstico sócio-econômico-cultural das comunidades remanescentes de quilombos. Relatório Geral. Brasília: Fundação Cultural Palmares, Universidade de Brasília; 2004.
- BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003 : antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2006. 144 p.
- BRASIL. Fundação Cultural Palmares. Sistema de Informações de Comunidades Afro-brasileiras – SICAB 2007. [acesso em 2004 Set 24]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br>.
- BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Documento de Base. 2007. p. 6.
- BRASIL, IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003 : antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2006. 144 p.
- BRASIL.Segurança alimentar : 2004 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2004. 148 p.
- BELIK W. Perspectivas para segurança alimentar e nutricional no Brasil. Rev. Saúde e Sociedade. 2003 Jun.-Jul;12(1).
- CASTRO, R. (2000). La vida em la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Cuernavaca, Universidad Autónoma de Mexico. Capitulo V. La experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad. P:249-303.
- MENDOÇA (2004) apud Treccani Girolamo Domenico. Terras de quilombos: caminhos e entraves do processo de titulação, Belém: Secretaria Executiva de Justiça.Programa Raízes, 2006. 344p
- OLIVEIRA-SILVA, DO, HURTADO-GUERRERO AF, TOLEDO LM. Reflexos do singular na desigualdade social: os diversos sentidos da fome em quilombos da região Norte, Brasil.In: Lienhard, M. , organizador. Discursos sobre a pobreza. América Latina y/e países luso-africanos. Suíça: IBEROAMERICANA EDITORIAL VERVUET, S. L., 2006. 442p.

OLIVEIRA-SILVA, DO, HURTADO-GUERRERO, AF. Situação de segurança alimentar e nutricional em populações quilombolas da área de terra firme e sua relação com a abertura da rodovia BR-163, Santarém, Pará. Relatório Final, 2008.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas racial brasileiro. Brasília, DF, 2004

TRECCANI, G. D. Terras de quilombos: caminhos e entraves do processo de titulação, Belém: Secretaria Executiva de Justiça. Programa Raízes, 2006. 344p

TOLEDO, Luciano de Medeiros, Hurtado-Guerrero, Ana Felisa, Silva, Denise de Oliveira. Expedição à Comunidades Remanescentes de Quilombos do Baixo Amazonas: Experiência e Relatos. Relatório, 2003-2004. 14p.

TRECCANI, G. D. Terras de quilombos: caminhos e entraves do processo de titulação, Belém: Secretaria Executiva de Justiça. Programa Raízes, 2006. 344p

VALENTE FLS. Disponível em: www.consea.mg.gov.br/documentos/seguranca_alimentar_nutricional.pdf

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P. Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6.000 crianças brasileiras. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

TEXTO DE OPINIÃO 7 |

Ações de alimentação e nutrição para povos indígenas

Por Silvia Ângela Gugelmin¹

Introdução

Após dez anos da publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) torna-se essencial refletir sobre os seus avanços na área de alimentação e nutrição no país. Novos desafios se colocam com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, o envelhecimento populacional, a transição nutricional, as mudanças climáticas e o meio ambiente; e, sobretudo, com a demanda de in-

corporar em seu propósito e diretrizes as populações específicas, dentre elas as indígenas, quilombolas e comunidades tradicionais, as quais têm sido constantemente expropriadas de seus direitos universais à vida, saúde e alimentação.

Esse texto tem como intuito expor alguns dados e tecer alguns comentários sobre a situação de saúde e nutrição dos povos indígenas

1. Doutora em Saúde Pública. Professor adjunto do Departamento de Nutrição Social, do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e coordenadora acadêmica do Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde.

Os conteúdos expressos neste documento são de inteira responsabilidade do autor e não expressam necessariamente a opinião do Ministério da Saúde e da Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos.

no Brasil, seus determinantes sociais e históricos, as prioridades para o cuidado nutricional e as estratégias para a atenção à saúde desses povos, de modo a dar visibilidade à grande vulnerabilidade social em que vivem e contribuir, assim, para a reformulação da PNAN.

Adotando como premissas o direito humano à vida, a equidade social, a determinação social da saúde/doença, a intersetorialidade e a segurança alimentar e nutricional, trilhamos os caminhos do texto, ora descrevendo a situação de saúde e nutrição, ora analisando os impactos do processo histórico de construção da nação e da constituição de suas leis, políticas e programas de saúde, alimentação e nutrição na vida dos povos indígenas. Com isso, procuramos construir uma análise sobre o tema pro-

posto, identificando os avanços, os desafios e as lacunas existentes.

Situação de saúde e nutrição dos povos indígenas no Brasil

Antes de apresentar a situação de saúde e nutrição dos povos indígenas torna-se importante conhecermos um pouco sobre a distribuição espacial dessa população específica no território brasileiro. Estima-se a existência de 225² povos indígenas no Brasil, representando menos 0,5% de nosso contingente populacional (BRASIL, 2010). Eles vivem em 610 terras indígenas que se encontram em diferentes estágios de regularização fundiária, ocupando aproximadamente 12% do território nacional. As regiões Centro-Oeste e Norte concentram

2. As estimativas do número de povos indígenas que vivem no Brasil variam conforme a fonte de informação utilizada: para a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) são 225 povos reconhecidos. O Instituto Socioambiental (ISA) contabiliza 228 sociedades indígenas, enquanto para o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) este número é de 235 povos. Esta variação acontece porque o ISA e o CIMI consideram povos indígenas que estão reivindicando reconhecimento étnico.

98,6% das terras, enquanto o restante encontra-se no Nordeste, Sudeste e Sul. Essa distribuição é bastante desigual, reflexo do processo de colonização do Brasil, ou seja, as regiões de ocupação mais antiga, sobretudo nordeste e sudeste, apresentam menor contingente indígena, bem como, territórios bastante reduzidos. Por exemplo, cerca de 40% da população indígena está confinada em apenas 1,4% das terras indígenas situadas no nordeste, sul e sudeste do país (RICARDO, 1996; SANTOS et al., 2007). Apesar do número significativamente pequeno em comparação a população nacional, em algumas regiões a presença indígena é importante. Por exemplo, em Roraima perto de 15% da população do estado é constituída de indígenas (FUNDAÇÃO, 2002).

Em relação à situação de saúde, nutrição e alimentação observamos que, durante muito tempo, sua descrição tinha como base estudos de caso desenvolvidos em diversas aldeias indígenas, principalmente, das regiões Centro-Oeste e Norte do país (SANTOS, 1993; LEITE et al., 2007). Os resultados dessas pesquisas

constituíam as principais fontes de informação sobre saúde e nutrição desses povos, uma vez que os censos e inquéritos de abrangência nacional não contemplavam os indígenas como um segmento específico de análise. Somente com o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1991 a categoria indígena passou a ser incluída no quesito raça/cor o que possibilitou uma tímida análise demográfica daqueles que se declararam indígenas.

Nesse período, todavia, os dados disponíveis eram insuficientes para caracterizar satisfatoriamente as condições de saúde dos povos indígenas, como mencionado no texto da Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (FUNDAÇÃO, 2002, p.10): *“Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não governamentais ou ainda missões religiosas...”*. O conjunto desses estudos explicitava, em sua grande maioria, taxas de morbidade e mortalidade três a qua-

tro vezes maiores que aquelas encontradas na população não indígena, sinalizando uma situação de desvantagem e de maior vulnerabilidade dos povos indígenas. Alguns resultados indicavam uma clara tendência de acelerada transição epidemiológica e nutricional entre os indígenas (GUGELMIN, SANTOS, 2001; CARDOSO et al., 2001, 2003; SANTOS, COIMBRA, 2003). No entanto, o processo de transição entre os indígenas se configurava (e se configura ainda hoje) em algo distinto daquele observado para a população não indígena: permanência das doenças infecciosas e parasitárias como principal causa de mortalidade, emergência das doenças crônicas não-transmissíveis e manutenção de elevadas taxas de fecundidade (GARNELO et al., 2003; SANTOS, COIMBRA, 2003).

Frente à demanda da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada em 1986, à reorganização do subsistema de saúde indígena instituída em 1999, e às dificuldades de se delinear um perfil epidemiológico e demográfico, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), em 2000, criou e implantou o Sistema

de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) em todos os 34 distritos sanitários. Esse sistema tem por objetivo coletar e processar regularmente dados demográficos, epidemiológicos e de serviço, a fim de retratar o cenário de saúde existente e subsidiar os órgãos gestores e de controle social no planejamento e acompanhamento de ações diferenciadas (SOUSA et al., 2007). Conquanto sua implementação como uma ferramenta de vigilância em saúde ainda permanece incipiente, pois suas fragilidades como sistema de informação criam sérias limitações para a construção do perfil epidemiológico da população.

Com o censo de 2000 abriu-se uma nova perspectiva para a demografia indígena - a possibilidade de uma análise de tendência dos dados censitários referentes aos indígenas. Para isso o IBGE buscou assessoria de um grupo de pesquisadores (antropólogos, sociólogos, epidemiologistas, demógrafos e estatísticos) que tinham em comum o estudo acerca da demografia indígena. Este grupo em conjunto com técnicos do IBGE realizou análises

no tocante à distribuição espacial, estrutura etária, fecundidade, mortalidade, migração, dentre outros aspectos (IBGE, 2005). Embora não tenha sido coligida a informação sobre filiação étnica ou linguística, fato que dificultou a caracterização da sociodiversidade existente no país e das diferentes realidades indígenas, é inquestionável o valor desse esforço, sobretudo pela escassez de informações sobre os povos indígenas do Brasil.

No que se refere aos resultados do censo (IBGE, 2005) observamos uma taxa de mortalidade infantil para os indígenas (51,4 por mil) mais elevada que a taxa nacional (30,1 por mil) e muito superior aos demais grupos, inclusive dos negros e pardos (34,9 e 33,0 por mil, respectivamente), indicando a maior vulnerabilidade social dos indígenas e a precariedade do atendimento à saúde, em particular, do pré-natal. Em relação ao número de pessoas que se declararam indígenas no censo houve um significativo aumento entre 1991 e 2000 (de 294 mil para 734 mil indivíduos).

Diante das evidências demográficas e das

demandas originadas das Conferências Nacionais de Saúde Indígena e do I Fórum Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional para os Povos Indígenas por informações abrangentes acerca da magnitude e dinâmica dos problemas relacionados à saúde e nutrição, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) estabeleceu no Plano Plurianual de 2004-2007 a realização de um inquérito nutricional nacional para os povos indígenas. Em dezembro de 2007 o contrato com a instituição executora (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Abrasco) foi assinado e em julho de 2008 o trabalho de campo teve início (CALDAS et al., 2008), o qual durou um ano.

O inquérito foi um marco para a saúde indígena, pois possibilitou o conhecimento das condições de saúde e nutrição de mulheres na idade reprodutiva e crianças indígenas do Brasil; a avaliação de ações de saúde executadas pela Funasa, tais como vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, suplementação de sulfato ferroso e megadoses de vitamina A; e a construção de uma linha de

base para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena (CALDAS et al., 2008; ABRASCO, 2009).

O quadro de saúde e nutrição delineado com os resultados obtidos no Inquérito é bastante preocupante e complexo, confirmando em partes o panorama descrito anteriormente pelos estudos de casos. As prevalências de desnutrição, diarreia e anemia se mantêm elevadas entre as crianças indígenas menores de cinco anos, enquanto o excesso de peso³, a anemia e a hipertensão arterial são as principais doenças que afetam as mulheres. Esses resultados esboçam um cenário de transição nutricional e epidemiológica para os povos indígenas do Brasil, apesar de características distintas daquelas descritas para as popula-

ções não indígenas, a saber, permanência de altas taxas de fecundidade e altos índices de desnutrição em crianças e excesso de peso em adultos.

Chama atenção a elevada prevalência de baixa altura⁴ para idade (26,0%) entre as crianças indígenas menores de cinco anos em nível nacional. Uma em cada três crianças indígenas apresentou déficit de altura, sendo que para as crianças residentes na macrorregião Norte, a prevalência chegou a mais de 40,0% (ABRASCO, 2009). Essas cifras são três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas em crianças não indígenas na mesma faixa etária, na Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) realizada em 2006 (Tabela 1).

3. O critério para definir excesso de peso foi IMC $\geq 25,0 \text{ kg.m}^{-2}$

4. Utilizo o termo altura conforme sugestão de Barros et al. (2008), o qual inclui as medidas de comprimento e estatura.

Tabela 1: Prevalência de déficit de altura e peso em crianças menores de cinco anos segundo Inquérito sobre Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas do Brasil e Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio – 2006.

Macrorregião	Déficit de altura crianças < 5 anos de idade (%)		Déficit de peso crianças < 5 anos de idade (%)	
	Indígena ¹	Brasil ²	Indígena ¹	Brasil ²
Norte	41,1	14,5	11,4	3,4
Nordeste	13,9	5,7	4,1	2,2
Centro-Oeste	27,8	5,6	5,0	1,6
Sudeste	23,0 ³	5,7	4,0	1,4
Sul	23,0	8,5	4,0	2,0
TOTAL	26,0	7,0	5,9	1,7

Fonte: Brasil (2009); Abrasco (2009).

1. Inquérito sobre Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas do Brasil

2. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio

3. As macrorregiões sul e sudeste foram analisadas em conjunto no Inquérito, por isso os valores das prevalências foram repetidos a fim de comparação com os dados nacionais

As prevalências de deficiência de peso para idade e de peso para estatura foram 5,9% e 1,3%, respectivamente. Em todas as macrorregiões, a prevalência de déficit de peso manteve-se superior aquela encontrada em seus pares não indígenas, sendo que este percentual foi mais elevado no Norte (11,4%). Esses resultados refletem, de modo geral, precárias con-

dições de vida e desigualdade de tratamento e acesso a bens e serviços, confirmando a gravidade da situação de saúde indígena diante de segmentos não indígenas. Para os serviços de saúde, o estudo sinaliza a necessidade de intensificar e aprimorar a atenção básica e a assistência às mulheres e crianças. O apoio à vigilância alimentar e nutricional nos distritos

5. Cabe uma ressalva quanto a comparação dos resultados do Inquérito com aqueles publicados recentemente pelo IBGE, referente à Pesquisa de Orçamento Familiar – POF 2008-2009. A prevalência de déficit de altura em crianças menores de cinco anos nesse estudo (6,0%) foi calculada com base na construção de uma distribuição de referência de alturas, obtidas de crianças estudadas na POF 2008-2009 pertencentes às famílias com renda mensal superior a um salário mínimo per capita; enquanto o inquérito indígena utilizou como base de comparação para os dados antropométricos as curvas de referência da Organização Mundial de Saúde. O procedimento analítico utilizado na POF dificultou as possibilidades de comparação entre os estudos.

sanitários, a formação e capacitação permanente de profissionais que atuam nos serviços de saúde indígena no sentido de respeitar as subjetividades e as especificidades culturais, são estratégias importantes para a reversão o cenário apresentado. A melhoria do atendimento, com o manejo adequado das doenças infecciosas, principalmente diarreia, e das condições de saneamento das aldeias também traria impactos positivos na redução dos níveis de desnutrição.

Em relação às deficiências de micronutrientes, todas as macrorregiões apresentaram altos percentuais de anemia ferropriva, alcançando 46,9% nas crianças da região Norte (ABRASCO, 2009). No cômputo geral, 51,3% das crianças foram diagnosticadas como anêmicas, o que segundo a Organização Mundial de Saúde indica uma situação grave, pois em situações adequadas espera-se encontrar prevalência abaixo de 5,0% (DEMAYER; ADIELS-TEGMAN, 1985). Outro aspecto importante é o fato de que 80,5% das crianças indígenas entre seis e onze meses e 68,4% entre 12 e 23 meses apre-

sentaram anemia, situação extremamente alarmante e que também exige ações e estratégias urgentes, sendo a primeira o tratamento conforme as recomendações do Ministério da Saúde, ou seja, 3 a 5 mg/kg/dia de sulfato ferroso para crianças acima de seis meses de idade. A suplementação, nesses casos, manterá a carência subclínica ou marginal, sem a melhoria do quadro geral. Investimentos para estudos sobre anemia em povos indígenas seria oportuno, pois é imprescindível conhecer os determinantes da doença, identificar a existência de doenças associadas a anemia, avaliar a efetividade do programa de suplementação e, especialmente, definir a necessidade ou não de protocolos terapêuticos diferenciados para os indígenas.

Uma vez que a desnutrição e a anemia trazem repercussões para o estado imunológico e predisposição às doenças infecciosas, foi bastante condizente encontrar em 19,0% das crianças indígenas referência a hospitalizações no último ano devido à infecção respiratória e diarreia. As crianças da macrorregião Centro-

-Oeste apresentaram maior proporção (27,3%) de internações. Aproximadamente uma em cada quatro crianças apresentaram diarreia na última semana e esta proporção foi significativamente maior para as crianças da macrorregião Norte (37,9%).

Quanto à carência de outros micronutrientes, os estudos são escassos. Contudo, diante do cenário apresentado pelo Inquérito é possível pressupor a existência de diversas deficiências, tais como hipovitaminose A, beribéri, deficiência de zinco. A título de exemplo, em meados de 1990, Vieira Filho et al. (1997) referiram a ocorrência de dois casos de beribéri entre os Xavante de Sangradouro e São Marcos, associando o fato a uma dieta pobre em vitamina B1, devido ao consumo quase exclusivo de arroz beneficiado. É interessante observar como uma mudança do alimento básico da dieta xavante, ocasionada por um projeto governamental (rizicultura mecanizada) realizado na década de 1970, pode trazer impactos nutricionais tão profundos e a diminuição da diversidade alimentar.

Por outro lado programas de suplementação proposto pelo Ministério da Saúde, tal como a suplementação com megadoses de vitamina A em áreas endêmicas, poderia trazer benefícios para as crianças indígenas entre 6 e 59 meses, pois a literatura indica que a suplementação reduziria a incidência e severidade da diarreia e, conseqüentemente, da mortalidade infantil (SOMMER et al., 1983; BRASIL, 2007). Entretanto, somente “48,7% das crianças residentes no Nordeste haviam recebido uma megadose de vitamina A nos últimos seis meses” (ABRASCO, 2009, p.235). O direito ao acesso regular a megadoses de vitamina A precisa ser assegurado para todas as crianças que vivem em áreas endêmicas, inclusive às indígenas do Nordeste, só assim haverá realmente ações de promoção de saúde para os indígenas.

Outras informações nutricionais importantes geradas pelo inquérito dizem respeito às diferenças inter-regionais encontradas para as mulheres indígenas. Aquelas que vivem no Norte apresentaram níveis tensionais e prevalências de sobrepeso e obesidade mais baixas

que as demais macrorregiões (Tabela 2). As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como hipertensão arterial, diabetes e obesida-

de, foram mais frequentes entre as mulheres do Centro-Oeste e do Sul/Sudeste, evidenciando tendência a desordens metabólicas.

Tabela 2: Prevalência de baixo peso, sobrepeso, obesidade e pressão arterial elevada entre mulheres de 14 a 49 anos. Inquérito sobre Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas do Brasil, 2008/2009

Macrorregião	Baixo peso ¹		Sobrepeso ¹		Obesidade ¹		Pressão arterial elevada ²	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	51	2,3	558	24,9	135	6,1	67	3,8
Nordeste	59	3,6	448	27,6	216	13,3	157	11,3
Centro-Oeste	11	1,0	409	34,7	207	17,5	166	17,2
Sul / Sudeste	24	2,4	315	32,2	216	22,4	140	17,3
total	145	2,3	1730	30,2	774	15,7	530	13,1

Fonte: Brasil (2009); Abrasco (2009).

1. Critérios utilizados para definição de: baixo peso - IMC $\leq 18,5$ kg.m⁻²; sobrepeso - IMC = 25,0-29,9 kg.m⁻²; obesidade - IMC $\geq 30,0$ kg.m⁻².

2. Critério JNC (Join National Committee): pressão elevada - 140x90 mmHg

A hipertensão arterial atingiu mais de 15% das mulheres, enquanto o excesso de peso acometeu mais de 50% delas nessas macrorregiões. Apesar de alterações do nível glicêmico sugestivo de diabetes *mellitus* ter sido verificado em apenas 1,2% das mulheres, Sul/Sudeste novamente com maior proporção (1,7%), este valor indica a emergência de novo problema de saúde. Paralelamente, a anemia permane-

ce como um sério problema de saúde, alcançando valores superiores aos descritos para a sociedade não indígena (32,7% para indígenas versus 29,4% não indígenas).

Diversos modelos têm sido propostos para explicar o aumento do número de casos de diabetes mellitus, hipertensão e obesidade no mundo, alguns dos quais enfatizando o componente genético, tais como *imprinting*

metabólico, programação intrauterina, e mais especificamente para os indígenas, a hipótese do *thrifty genotype*⁶. Para além dos fatores genéticos a ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis é reflexo da interação de múltiplos fatores, pressupondo maior complexidade. Autores como Swinburg et al. (1999) tem apostado na discussão do ambiente obesogênico, que induz a adoção de comportamentos não saudáveis e promovem o desenvolvimento da obesidade. Por decorrência surgem outras doenças associadas. Ferreira (1998), por outro lado, incorpora a discussão do processo histórico-social na determinação das doenças, processo este que produz condições altamente traumáticas para o corpo individual, social e político.

No caso do Brasil, os povos indígenas estão experimentando um acelerado e intenso pro-

cesso de alterações em seu perfil de saúde, como também em suas atividades de subsistência, devido à redução territorial, a degradação ambiental e a introdução de renda sob a forma de salários, aposentadorias, venda de produtos, benefícios sociais etc., o que compromete sua segurança alimentar. Dentre as 113 aldeias investigadas, uma maior proporção (83,2%) referiu que sente falta de alimentos em alguma época do ano (ABRASCO, 2009). Independente do motivo dessa escassez, seja pela sazonalidade da produção alimentar ou pela falta de dinheiro para aquisição de alimentos no mercado regional, ou ainda ambas, essa informação indica vulnerabilidade em relação à garantia do direito à alimentação.

As transformações nas atividades de subsistência, especialmente no que se refere aos modos de obtenção e consumo de alimentos e

6. A hipótese formulada por Neel (1962) é a seguinte: populações tradicionais, que viviam da caça e coleta, podem ter desenvolvido uma resistência a insulina (precursora da diabetes tipo II) como resposta a períodos de fome e escassez de alimentos, conferindo uma vantagem de sobrevivência. As mudanças ambientais e sociais ocorridas ao longo da evolução humana trouxeram abundância de alimentos e menor intensidade de atividade física, tornando a resposta insulínica inadequada.

de inserção no mercado regional, também podem afetar a intensidade e a frequência da atividade física e o consumo alimentar propriamente dito. Esses fatores, em conjunto com modificações nos padrões de assentamento, na aquisição e consumo de alimentos industrializados e com o confinamento em terras muito pequenas, como nas regiões nordeste e sul/sudeste, podem explicar as altas prevalências de excesso de peso e de hipertensão arterial encontradas nas mulheres.

Cabe mencionar a necessidade de realizar periodicamente inquéritos sobre saúde e nutrição de abrangência nacional, incorporando inclusive os homens e idosos ou se possível todas as fases do curso de vida, a fim de acompanhar a situação de saúde dos indígenas (vigilância em saúde), identificar a existência ou o surgimento de outras doenças e subsidiar políticas públicas. Além disso, é imperativo ampliar os escopos dos estudos incorporando questões emergentes no contexto indígena, tais como alcoolismo, automedicalização, drogadição e contaminação do solo e da água

por agrotóxicos e pelo chumbo utilizado na mineração; os “índios urbanos” ou “índios da cidade” merecem atenção no âmbito das políticas públicas, uma vez que os mesmos possivelmente estão vivendo em situações de maior vulnerabilidade social. A migração para centros urbanos implica em menor cobertura de assistência à saúde e educação, para alguns índios.

A compreensão de todo esse cenário e de sua dinâmica é fundamental para a construção de políticas e programas direcionados a abolir a histórica exclusão social em que vive os povos indígenas do Brasil. Torna-se, então, necessário conhecer a historicidade dessa situação e, particularmente, reconhecer que esses povos estão submetidos a um acelerado e complexo processo de mudanças e transformações mediante violência de toda ordem, sendo a mais grave aquela relacionada ao não reconhecimento de seus territórios tradicionais pelo Estado brasileiro (vide o caso dos Guarani no Mato Grosso do Sul).

Determinação histórica e social da situação de saúde e nutrição

Para entendermos a situação de saúde e nutrição descrita anteriormente, precisamos iniciar a reflexão com o pressuposto da invisibilidade social e epidemiológica dos povos indígenas, ou seja, o histórico descaso do Estado Brasileiro para com seus autóctones no que se refere, principalmente, às políticas públicas de saúde, educação, alimentação, ambiental e agrícola.

Muito antes dos colonizadores chegarem nessas terras os indígenas já habitam o vasto território do que hoje é considerada a República Federativa do Brasil. A estimativa populacional calculada pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para o ano de 1500 era de 5 milhões de índios vivendo no país (AZEVEDO, 2008). Com a expansão territorial; a entrada das bandeiras e das frentes extrativistas, agrícolas e pecuaristas em regiões longínquas e inóspitas; e, as políticas governamentais de “integração” dos índios à sociedade nacional, cujo objetivo inicialmente era garantir a expansão da colônia,

e depois a soberania e definição de fronteiras da república, ocorreram inúmeros conflitos, dominação, escravização, expropriação de territórios e não raro a dizimação de povos inteiros, ocasionando uma redução drástica do número total da população indígenas, bem como da diversidade étnica.

Tal fato pode ser observado nos registros históricos e confirmado nos dados demográficos atuais de diferentes fontes de informação, tais como Instituto Socioambiental (ISA), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e FUNAI. Por exemplo, para os registros do órgão tutelar, a FUNAI, em 2005 contávamos com aproximadamente 450.000 índios, sendo que povos indígenas que antes viviam no litoral brasileiro eram considerados extintos (um movimento pelo reconhecimento da identidade étnica destes povos levou a inclusão de alguns povos nas estatísticas oficiais). Para o censo de 2000 o número total foi de 734.000 pessoas declaradas como indígenas, conforme discutido anteriormente (IBGE, 2005). Independente das estimativas sobre a população

indígena, o fato é que: a história da colonização do Brasil, quando se considera as políticas indigenistas definidas nos períodos colonial, do império e da república teve, e continuam a ter, impactos profundos sobre os povos indígenas brasileiros, levando significativa parcela ao extermínio.

De certa forma, a história pode ter mudado em alguns aspectos, mas a situação de vulnerabilidade social e de inequidade dos povos indígenas permanece, o que pode ser notado na situação de homologação das terras indígenas, no perfil demográfico da população, no panorama de saúde e nutrição das crianças e mulheres indígenas, ou na indisponibilidade de informações elementares para a organização da atenção básica à saúde. Mesmo com os avanços que a Constituição Federal de 1988 (CF/88) trouxe no sentido de respeitar a pluralidade étnica e a sociodiversidade do país, ainda é nítida a permanência de entraves políticos e administrativos para a consolidação dessa lei.

Em seu capítulo VIII – Dos Índios – Artigo 231,

os povos indígenas passaram a ser considerados como povos distintos, sendo garantida sua *“organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras, que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens”* (BRASIL, 1988). Os cerca de 225 povos indígenas ainda existentes no Brasil tiveram, ao menos constitucionalmente, seus direitos originários e sua cidadania assegurados. Isto resulta igualmente no reconhecimento da existência de um Estado pluriétnico. Contudo, o fosso entre as conquistas constitucionais e a realidade vivida ainda é grande.

O texto constitucional rompeu com o objetivo de *“integração do índio à comunhão nacional”*, existente desde o período colonial até as vésperas da promulgação da constituição cidadã de 1988. No entanto, o Estatuto do Índio vigente desde 1973 mantém essa perspectiva em sua concepção. Existem propostas concretas para um novo estatuto dos povos indígenas que está em sintonia com as conquistas na CF/88. Entretanto, desde o governo FHC,

passando pelos oito anos do governo Lula, nada se avançou nas discussões sobre o novo estatuto. Contrários aos interesses dos povos indígenas estão projetos de governo (hidroelétricas, hidrovias, etc.), interesses de mineradoras, o agronegócio, regidos pela lógica do desenvolvimentismo e do espírito capitalista, para o qual a diversidade étnica e o pluralismo cultural são empecilhos.

Nessa mesma direção, muitas políticas, programas e ações de alimentação e nutrição implementadas no Brasil também não incluíram (incluem) os índios como cidadãos, mantendo a perspectiva histórica integracionista e reducionista, mesmo quando vinham (vem) como políticas redistributivas. Por exemplo, Fabbri e Ribeiro (2007) descreveram a dificuldade dos Guarani da aldeia Morro da Saudade, localizada na zona sul de São Paulo, conciliarem sua realidade com as exigências da legislação para ingresso no Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima, mesmo sendo um programa que atendia às expectativas e demandas da comunidade. Apesar do confinamento em

uma área reduzida (26 hectares para cerca de 700 pessoas) e com solo impróprio para plantio, as autoras consideram que o aumento da renda trouxe impactos negativos nas relações sociais, nas práticas tradicionais e nos hábitos alimentares da comunidade. O programa gerou impasses para as lideranças indígenas, no que diz respeito à submissão a normas que fazem parte da sociedade não indígena, à exclusão de famílias extensas e a deturpação das relações de parentesco, características que dão base para coesão social, solidariedade e reciprocidade dentro do grupo.

Outro exemplo de programa pensado sob a ótica da sociedade não indígena, sem a devida participação indígena, diz respeito ao Programa de Cestas Básicas do governo de Fernando Henrique Cardoso desenvolvido na década de 1990 (RICARDO, 2003). Com base na prevalência de desnutrição infantil entre indígenas, na constante insegurança alimentar identificadas em estudos de casos e na demanda de algumas lideranças indígenas, o governo federal implantou o programa em aldeias do Alto Rio

Negro (AM). Dentre os povos beneficiados encontravam-se os Baniwa, exímios no manejo da mandioca brava e na fabricação de raladores de mandiocas feitos com madeira e pontas de quartzo. O extraordinário conhecimento do grupo sobre os recursos naturais e sua forma de exploração não foram considerados no desenvolvimento da ação. O grupo altamente qualificado no manejo da agrobiodiversidade local, passou a receber farinha branca fina e fubá de milho na cesta, dois produtos distintos de suas práticas alimentares. O recebimento desse benefício poderia ter resultado em um comprometimento ainda maior do estado nutricional e na organização social, reproduzindo relações de dependência tão comuns nesses casos. No entanto, os Baniwa solicitaram que as doações fossem suspensas, em troca de um programa específico de implementos agrícolas e valorização de sua agrobiodiversidade.

Esse relato demonstra a distorção das ações governamentais na implementação de intervenções para minimizar ou reduzir os problemas alimentares e nutricionais entre os povos

indígenas. Em geral, o reconhecimento “das diferenças” fica no plano do discurso oficial enquanto na prática a pluralidade étnica é reduzida a uma ou outra ação de promoção de valores culturais, muitas vezes desconectadas do contexto.

O quadro acima é confuso, muitas vezes contraditório, o que permite distorções políticas, cerceamento de direitos, falta de diálogo, intolerâncias e a continuidade do modelo intervencionista e assistencialista nas políticas e nos programas. A execução das ações em nível local acaba por ficar aquém da necessidade. Ademais, o modelo econômico capitalista, a intolerância nas relações, a discriminação, o preconceito, a usurpação dos territórios, os constantes conflitos com fazendeiros, posseiros e governantes na questão fundiária, as mudanças decorrentes da convivência com sociedade não indígena, geram situações de risco e de maior vulnerabilidade social para os povos indígenas. Entendemos por vulnerabilidade social o conceito estruturado por Laura Pedrosa de Almeida (2005, p.2), o qual ressalta que:

“os eventos que vulnerabilizam as pessoas não são apenas determinados por aspectos de natureza econômica. Fatores como a fragilização dos vínculos afetivo-relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência...), ou vinculados à violência, ao território, à representação política dentre outros, também afetam as pessoas”.

A vulnerabilidade social vai além das questões econômicas, ela traz consigo a explicitação da negação de direitos humanos fundamentais para uma vida digna, da indiferença com o outro, da “tensão velada” originada pela demanda por igualdade de direitos e de condições de acesso a bens e serviços. Diante dos dados apresentados pelo Inquérito e pela reflexão realizada sobre a determinação histórica e social dos problemas evidenciados podemos afirmar que as políticas sociais pouco têm contribuído para atenuar as condições de vulnerabilidade dos indígenas. O Estado precisa pensar em políticas universais e intersetoriais que garantam proteção social aos indígenas, como também os reconheçam como sujeitos

de direito; conseqüentemente, os programas e as ações necessitam incorporar a diversidade étnica e a formação de profissionais para atuar nesse contexto.

Desafios e perspectivas para o Setor Saúde e o SUS frente às questões apresentadas

A PNAN encerra em si um papel indutor de mudanças no planejamento e execução de ações específicas para a área, como também pode ser propulsora na reflexão sobre a importância do setor Saúde assumir o protagonismo na interlocução e integração com outros setores governamentais, objetivando assegurar direitos humanos de terceira geração, tais como o direito ao meio ambiente equilibrado, a qualidade de vida e autodeterminação dos povos. Nesse sentido são muitos desafios a serem ultrapassados nas três esferas de gestão do SUS e nos níveis de atenção à saúde. Com o intuito de organizar as ideias estabelecemos uma proposta de três eixos de atuação, imbricados entre si, mas aqui descritos separadamente. Esses eixos também podem ser considerados

como prioridades de ação para o setor, sendo eles: reorganização do modelo de atenção, promoção da saúde e prevenção de doença (vigilância em saúde) e formação de pessoal. Cabe salientar que esses eixos não esgotam em si as possibilidades de ações e de demandas da sociedade indígena; outras recomendações foram anteriormente mencionadas, demonstrando a variedade de soluções e a amplitude dos problemas. Essas sugestões não serão retomadas nesta seção, salvo grande relevância.

De início, para superar os problemas descritos, será imprescindível rever a própria conformação do modelo de atenção à saúde indígena que por anos manteve práticas de assistência fragmentadas e executadas, em sua maior parte, por serviços terceirizados; apresentou dificuldades na consolidação do sistema de referência e contra referência e baixa qualidade de serviços prestados, especialmente devido à insuficiência de recursos humanos na rede básica. Para tal, foi aprovada em 03 de agosto de 2010 a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), vinculada diretamente

ao Ministério da Saúde, e que responderá pela atenção básica, sendo que os serviços de média e alta complexidades serão realizados por meio de parceria com os Estados e municípios (BRASIL, 2010).

Essa tentativa de reorganizar o sistema demandará articulação entre as esferas de gestão (nacional, estadual e municipal) e entre essas esferas e a sociedade civil, neste caso os povos indígenas. A garantia de participação das comunidades indígenas no controle e emprego de recursos e nas definições de ações voltadas à saúde será de extrema importância para a condução de um atendimento adequado às diferentes e complexas realidades identificadas.

Nesse sentido, a PNAN precisa apoiar a Sesai no que diz respeito à integração e articulação de ações de alimentação e nutrição. Se entendermos os agravos nutricionais, tais como desnutrição, obesidade, diabetes, em sua complexidade (determinados por diversos fatores causais), compreenderemos também que as soluções demandam o planejamento e a execução de ações intersetoriais. Essa visão rompe

com o isolamento do setor Saúde e amplia as possibilidades de resolução dos problemas em situações complexas, mas exige mudanças nas práticas e na cultura organizacional do Estado.

O novo modelo de atenção à saúde deve então aprender com as experiências bem sucedidas e com os obstáculos não sobrepujados na gestão da Funasa, garantindo acesso e melhoria da qualidade dos serviços prestados aos indígenas e diminuindo, em parte, a exclusão social em que vivem. A adequação da estrutura física da rede e dos serviços será fundamental para que sejam contemplados tanto as especificidades socioculturais como as diretrizes da Vigilância Sanitária.

Os princípios da atenção diferenciada têm gerado debates constantes e parece, ainda, não ter chegado a um consenso, apesar de sua menção nos documentos oficiais (LANGDON; DIEHL, 2007). Considerando que o campo da saúde é permeado por questões sociais e culturais que definem várias práticas de autocuidado, é comum nos depararmos com situações de encontro entre diferentes tradições médi-

cas (interpretada aqui como intermedicalidade) que resultam duas posturas: de um lado o sincretismo no qual os valores são reelaborados pelos grupos e, de outro, confrontos e conflitos que desvalorizam os conhecimentos tradicionais (FOLLÉR, 2004). Este seria o segundo desafio a ser superado pelo setor Saúde, o respeito às práticas tradicionais de cura e de autocuidado dos povos indígenas.

Mencionar como diretriz de uma política o respeito à especificidade cultural, propondo um atendimento diferenciado aos indígenas exige, portanto, a concretização de ações que respeitem os saberes, os costumes e as crenças dos índios; que respeitem o(s) índio(s) como um ser humano com uma cultura diferente (LANGDON, 2000). Assim, ao propor ações dirigidas à adoção de práticas alimentares saudáveis precisamos identificar o que seriam práticas alimentares saudáveis para cada povo indígena do país. Se isso não acontece estaremos repetindo as recomendações elaboradas dentro do saber biomédico e, por consequência, mantendo relações hierarquizadas e des-

respeitosas para com os povos indígenas. Trata-se então de encontrar um equilíbrio entre o recomendado e a tradição (VARGAS, 2006). Nesse sentido, torna-se fundamental o reconhecimento de que as diferenças são legítimas e fazem parte de um sistema simbólico construído em cada sociedade; o diálogo e o respeito mútuo se transformam em elementos essenciais para uma atenção que queira ser diferenciada, caso contrário, permanecerão atitudes etnocêntricas e um serviço pouco resolutivo. A preocupação com a diversidade deve estar associada a um esforço de incorporar às políticas os segmentos tradicionalmente excluídos. A adoção de ações que combatam de frente as desigualdades é certamente recomendável. Entretanto, é preciso estabelecer iniciativas de cunho transformador e emancipatório, que realmente modifiquem as condições de vida dos sujeitos.

Em relação às estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças, agrupamos as prioridades em ações concernentes à atenção básica, a vigilância em saúde e aos sistemas

de informação. Um desafio que se põe para a atenção básica é manter a assistência de forma contínua e permanente nas aldeias e polos, de forma a garantir o acesso aos programas de saúde definidos pelo Ministério da Saúde, seja a cobertura vacinal ou a atenção à saúde mental, adequados à realidade indígena. Para além das aldeias e polos a Sesai, em articulação com as secretarias estaduais e municipais de saúde, também deverá prestar e oferecer todos os serviços de forma diferenciada aos índios que vivem em contextos urbanos, mas nem por isso deixaram de ser membros de um grupo étnico, cumprindo a legislação vigente.

Outro desafio para o setor é a implementação da vigilância em saúde nos DSEI, superando o modelo meramente assistencial e curativo. A perspectiva da vigilância em saúde é fortalecer os serviços por meio da reorganização das práticas em saúde, incluindo além de todas as ações da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis (controle e notificação de riscos, danos e agravos), novos objetos, tais como promoção da saúde, vigilância de doen-

ças e agravos não transmissíveis, vigilância em saúde ambiental e o monitoramento da situação de saúde (BRASIL, 2006, p.13). Essa estratégia visa modificar os determinantes sociais do processo saúde-doença, tornando-os mais favoráveis à saúde. No caso dos DSEI a qualidade das informações e das ações assistenciais ainda está aquém das necessidades, quando o assunto é a situação de saúde da população.

O perfil de saúde e nutrição descrito pelo Inquérito sugere uma complexidade: a permanência de doenças infecciosas e carências nutricionais e o surgimento das DCNT, o que determina mudanças nos procedimentos adotados no atual modelo de atenção à saúde indígena. O acesso ao diagnóstico precoce e à possibilidade de obtenção dos recursos terapêuticos (tradicional e biomédico) necessários para seu tratamento é fundamental para um bom prognóstico, especialmente em se tratando de DCNT. Outra questão que merece atenção se refere aos “índios ressurgidos”, que por circunstâncias históricas tiveram sua identidade negada, e dos quais temos pouca

ou quase nenhuma informação. Em muitos casos apresentam um grau variado de miscigenação, o que pode trazer a presença de um ou outro traço genético, por exemplo, da anemia falciforme. Os profissionais de saúde precisam estar atentos para essas situações a fim de evitar diagnósticos e tratamentos equivocados. A adequação dos programas de saúde à realidade indígena, por meio da revisão dos critérios estipulados pelo governo, também deve ser pensado a fim de minimizar problemas e garantir resolutividade da ação.

Nesse cenário a PNAN deve defender a Vigilância Alimentar e Nutricional (Van) para os povos indígenas dentro do subsistema de saúde indígena. Estamos nos referindo aqui não somente às ações cotidianas de monitoramento do estado nutricional dentro dos serviços de saúde, mas também ao Sisvan como sistema de informação que retroalimente o planejamento, a gestão, as comunidades indígenas e os próprios serviços de saúde para a execução de ações específicas ou a recondução dos trabalhos.

A atitude de vigilância e o monitoramento do estado nutricional são ações relativamente fáceis de executar, que não exigem grande estrutura física, elevado recurso financeiro e pessoal altamente qualificado, mas que trazem grandes mudanças no perfil de saúde e nutrição da comunidade e na organização dos serviços de saúde; são compromissos fundamentais da promoção da saúde à população. Já o Sisvan Indígena demanda maior investimento, uma vez que necessita reorientação e sua consolidação como um sistema gerador de informações. O Sisvan carece de estar articulado com outros sistemas, em especial com o Sistema de Informação em Atenção à Saúde Indígena (Siasi), para que possa desempenhar seu papel na geração de políticas públicas. Ainda mais, no contexto atual da Seasi seria cabível pensar na inserção do Sisvan Indígena na estrutura do Sisvan nacional, oferecendo maior impulso para que esse efetivamente se consolide como um sistema de informação no Brasil.

Infelizmente os sistemas de informações

nacionais em saúde não contemplam satisfatoriamente os indígenas, corroborando para a manutenção de importantes lacunas no conhecimento sobre a saúde e nutrição desses povos. A incorporação de variáveis etnia/povo e língua falada nos sistemas nacionais, como realizado no censo de 2010, e o correto preenchimento desses dados poderiam ampliar as possibilidades de análise sobre óbitos, nascimentos, morbidade e hospitalizações entre os indígenas. Caso a Secretaria mantenha o Siasi de forma independente será essencial inserir informações desagregadas (idade, sexo, pólo/aldeia), a fim de possibilitar melhor compreensão dos contextos locais de determinação de doenças. Além disso, a informação nutricional poderia estar agregada ao Siasi, o que permitiria redução de custos e otimização de serviços.

Por último, mas não menos importante, está o desafio de contratar, formar e capacitar profissionais para o planejamento e execução de ações no contexto descrito. O setor Saúde precisa urgentemente admitir pessoal técnico para compor as equipes multidisciplinares de

saúde indígena e os setores administrativos. Esses profissionais impetram a necessidade de capacitação, supervisão e avaliação permanente em seus ambientes de trabalho, e exigem a regulamentação profissional e a organização dos processos de trabalho junto à nova Secretaria, que responderá pela conformação do sistema de saúde indígena.

Sobre esse aspecto a PNAN apresenta um papel crucial relativo ao estímulo à formação e especialização de profissionais, que lidam com saúde, com enfoque na diversidade de racionalidades médicas, na vigilância e promoção da saúde. Segundo Langdon (2000) os profissionais precisam compreender profundamente os conceitos de relativismo, etnocentrismo e cultura. Assim eles entenderão que a biomedicina não é a única ciência, ela é tão somente um sistema cultural composto de valores e significados que definem o que é doença, saúde, cura, corpo; qual é o tratamento mais adequado; por que o sujeito busca um ou outro tratamento, etc. O mesmo acontece para a sociedade indígena, existe um sistema estru-

turado que define o processo saúde-doença. Novamente o diálogo intercultural se sobrepõe nessa atividade.

Outra possibilidade que se coloca é a capacitação dos chefes dos distritos e das lideranças indígenas na gestão do sistema de saúde, o que proporcionaria participação mais consciente e ativa nos Conselhos Locais e Distritais de Saúde. Incentivar os indígenas e dar possibilidades reais de buscarem formação superior, também poderia auxiliar na construção de práticas de atenção à saúde diferenciada, construindo saberes e propostas de articulação entre os conhecimentos.

Não podemos esquecer que o modelo de atenção à saúde indígena faz parte do SUS, sendo regido pelos mesmos princípios elaborados na Reforma Sanitária há mais de 20 anos – universalidade, integralidade, regionalização e hierarquização das ações de saúde, e participação da comunidade. Ressaltamos que o fortalecimento das instâncias de controle social é imperativo para a consolidação de políticas de atenção integral aos povos indígenas,

incluindo alimentação e nutrição. Os entraves políticos administrativos não podem limitar a participação ativa dessas comunidades como tem sido observado em diversos momentos da história das sociedades indígenas no país, por exemplo, na ausência de consulta a esses povos sobre o planejamento e a execução de atividades e projetos de desenvolvimento de grande escala, que afetam diretamente suas vidas, como a extração de recursos naturais ou a construção de hidrelétricas.

A avaliação permanente das ações e programas desenvolvidos entre os povos indígenas, em especial aqueles direcionados a alimentação e nutrição, precisa ser concretizada. No decorrer de onze anos de existência do subsistema de saúde indígena foi realizada somente uma pesquisa avaliativa (GARNELO et al., 2003). A avaliação precisa ser uma rotina dos serviços e uma diretriz das políticas públicas.

No tocante ao acesso de alimentos em quantidade e qualidade adequada e, por conseguinte, a segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas, o setor Saúde deve se

colocar a favor do reconhecimento e demarcação de territórios indígenas tradicionais e do incentivo a condições de autossustentabilidade, pois esses são direitos básicos diretamente relacionados às condições de saúde e nutrição desses povos. Deve haver também o estímulo à economia de subsistência e manutenção do cultivo de espécies tradicionais pelas novas gerações por meio de políticas e subsídios agrícolas efetivos e a garantia ao cumprimento da lei que exige do município a oferta de alimentação diferenciada nas escolas indígenas. O setor Saúde precisa buscar, então, articulação com outros setores governamentais e com a sociedade civil, especialmente organizações representativas dos povos indígenas, no intuito de construir uma rede de parcerias que respondam aos problemas identificados, de forma a evitar a sobreposição de ações e o uso inadequado de recursos públicos.

Ainda referindo-se a alimentação e saúde cabe mencionar a importância da consolidação de ações direcionadas à vigilância em saúde ambiental. A contaminação e degradação

ambiental em muitos territórios indígenas, a dificuldade de acesso e uso da água e dos recursos naturais geram situações de risco e muitas vezes de insegurança alimentar para os povos que nelas vivem. Definir políticas públicas de saúde para os indígenas implica em pensar sobre essa diversidade de situações acopladas às transformações constantes advindas do mundo em que vivemos. Por isso, a necessidade de pensar propostas processuais e integradas.

Considerações finais

A interação entre culturas é um processo de negociação complexo e permanente. Considerando a história da construção da nação brasileira vemos que a interação de culturas deu-se, sobretudo pela violência e extermínio do diferente. Este quadro começou a se transformar, contudo ainda resta muito a ser feito. Apesar de toda violência e ações de extermínio, os povos indígenas continuam a se colocar frente aos desafios. Então, fortalecer a capacidade desses povos de controlar os diversos aspectos

de suas vidas, participar no planejamento, administração, prestação de serviços de saúde às suas comunidades e atuar como cidadão no controle social, trará respaldo para que os mesmos continuem reivindicando pelos seus direitos.

A melhoria das condições de vida da sociedade indígena e do acesso aos serviços de saúde depende da implantação de medidas e ações voltadas para o combate à discriminação e ao preconceito e a valorização da sociodiversidade existente no país. As ações devem ter uma abrangência que extrapola os limites do município ou região, elas exigem a intersetorialidade do Estado com a sociedade para que atendam as demandas e necessidades de saúde.



Referências bibliográficas

- ABRASCO. Relatório Geral do Inquérito Nacional sobre Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009 (mimeo).
- ALMEIDA, L.M.P. Vulnerabilidade Social. In: PREFEITURA RECIFE. Desenvolvimento Humano no Recife. Atlas municipal. Recife: Prefeitura, 2005.
- AZEVEDO, M.M. Diagnóstico da população indígena no Brasil. Revista da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, 6o (4): 19-22, 2008.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 05 out.1988.
- BRASIL. Projeto de Lei de Conversão (PLV) 8/2010 proveniente da Medida Provisória 483 que cria a Secretaria Especial de Saúde Indígena. Diário do Senado Federal, Brasília, 04 ago.2010. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/publicacoes/diarios/pdf/sf/2010/o8/o3o82010.pdf>> Acesso em: 20 set.2010
- BRASIL. Fundação Nacional do Índio. O Índio Hoje. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/indios/conteudo.htm#HOJE>>. Acesso em: 20 set. 2010
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de respostas aos novos e velhos desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Carências de Micronutrientes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007 (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CALDAS, A.D.R. et al. Desafios na construção do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008. p.43-53
- CARDOSO AM, MATTOS IE, KOIFMAN R (2001). Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guarani-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, 17: 345-354, 2001.
- CARDOSO AM, MATTOS IE, KOIFMAN R. Prevalência de diabetes mellitus e da síndrome de resistência insulínica nos índios Guarani do Estado do Rio de Janeiro. In: COIMBRA Jr., CEA; SANTOS, RV; ESCOBAR, AL (Orgs.). Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.169-185.

- DEMAYER, E.; ADIELS-TEGMAN, M. The prevalence of anaemia in the world. *World Health Statistics Quarterly*, 38:302-316, 1985.
- FABBRI, E.A.; RIBEIRO, H. Programa Renda Mínima na aldeia indígena Morro da Saudade em São Paulo, entre 2003 e 2004: análise de uma experiência. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 16: 61-75, 2007.
- FERREIRA, M.K.L. Corpo e história do povo Yurok. *Revista de Antropologia*, 41:s.p, 1998.
- FOLLÉR, M. L. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: ContraCapa: ABA, 2004. p. 129-148.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. IV Conferência Nacional de Saúde Indígena: 2006 (Relatório Final). Brasília: Funasa, 2007.
- GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L.C. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde indígena no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.
- GUGELMIN, S.A.; SANTOS, R.V. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavante, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2):313-322, 2001.
- IBGE. Tendências Demográficas: Uma Análise dos Indígenas com Base nos Resultados da Amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
- LANGDON, E.J.; DIEHL, E.E. Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, 16: 19-36, 2007
- LANGDON, E.J. Salud y pueblos indígenas: los desafíos en el cambio de siglo. In: BRICEÑO-LEÓN, R. (Org.) et al. *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- LEITE, MS; SANTOS, RV; COIMBRA Jr., CEA; GUGELMIN, SA. Alimentação e nutrição dos povos indígenas no Brasil. In: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, DP. (Orgs.) *Epidemiologia Nutricional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 503-518
- NEEL, J.V. Diabetes Mellitus: A “thrifty” genotype rendered detrimental by “progress”? *American Journal of Human Genetics*, 14:353-362, 1962.

RICARDO, C.A. A sociedade nativa contemporânea no Brasil. In: RICARDO, C.A. (Org.) Povos indígenas no Brasil, 1991/1995. São Paulo: Instituto Socioambiental, 1996.

RICARDO, B. Fome Zero e os povos indígenas: quem tem fome de quê? Especial Mês do Índio, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.socioambiental.org/esp/mesdoindio/fome.shtml>> Acesso em: 20 nov.2006.

SANTOS, R.V. Crescimento físico e estado nutricional de populações indígenas brasileiras. Cadernos de Saúde Pública, 9(supl.1):46-57, 1993.

SANTOS, R.V.; COIMBRA JR., C.E.A.; CARDOSO, A.M. Povos indígenas no Brasil. In: BARROS, D.C.; SILVA, D.O.; GUGELMIN, S.A. Vigilância alimentar e nutricional para a Saúde Indígena. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007 (v.1)

SANTOS, R.V.; COIMBRA JR., C.E.A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA Jr., CEA; SANTOS, RV; ESCOBAR, AL (Orgs.). Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.13-47.

SOMMER, A.; HUSSAINI, G.; TARWOTJO, I. & SUSANTO, D. Increased mortality in children with mild vitamin A deficiency. Lancet, 2: 585-588, 1983

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

SWINBURG, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. Preventive Medicine, 29:563-570, 1999.

VARGAS, L.A. La aplicación de La antropología de la alimentación en contextos interculturales. In: BERTRAN, M.; ARROYO, P. (orgs.) Antropología y nutrición. Tlalpan: Fundación Mexicana para la Salud/ Universidad Autónoma Metropolitana, 2006. 177-194p.

VIEIRA FILHO, J.P.B. et al. Polineuropatia nutricional entre os índios Xavante. Revista da Associação Médica Brasileira, 43:82-88, 1997.



Ministério da
Saúde

