

Alimentação e Nutrição:

contexto político, determinantes
e informação em saúde

Denise Cavalcante de Barros
Denise Oliveira e Silva
Marta Maria Antonieta de Souza Santos
Mirian Ribeiro Baião
Organizadoras

Alimentação e Nutrição:
contexto político, determinantes
e informação em saúde

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

PRESIDENTE

Paulo Ernani Gadelha

VICE-PRESIDENTE DE ENSINO, INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Nísia Trindade Lima

Editora Fiocruz

DIRETORA

Nísia Trindade Lima

EDITOR EXECUTIVO

João Carlos Canossa Mendes

EDITORES CIENTÍFICOS

Carlos Machado de Freitas

Gilberto Hochman

CONSELHO EDITORIAL

Ana Lúcia Teles Rabello

Armando de Oliveira Schubach

Carlos E. A. Coimbra Jr.

Gerson Oliveira Penna

Joseli Lannes Vieira

Lígia Vieira da Silva

Maria Cecília de Souza Minayo

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

DIRETOR

Hermano Albuquerque de Castro

COORDENADORA DA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Lúcia Maria Dupret

Alimentação e Nutrição:

contexto político, determinantes
e informação em saúde

Denise Cavalcante de Barros
Denise Oliveira e Silva
Marta Maria Antonieta de Souza Santos
Mirian Ribeiro Baião
Organizadoras

Copyright ©2013 dos autores

Todos os direitos de edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz/Editora Fiocruz e Ensp/EAD

EDITORA ASSISTENTE DA COEDIÇÃO

Christiane Abbade

SUPERVISÃO EDITORIAL

Maria Leonor de M. S. Leal

ASSESSORIA PEDAGÓGICA

Ana Paula Abreu-Fialho

Gustavo Figueiredo

Isabel Arruda Lamarca

REVISÃO METODOLÓGICA

Ana Paula Abreu-Fialho

Elza Thomé de Andrade

Gustavo Figueiredo

Isabel Arruda Lamarca

REVISÃO E NORMALIZAÇÃO

Christiane Abbade

Maria Auxiliadora Nogueira

Rosane Carneiro

PROJETO GRÁFICO

Jaime Vieira

Jonathas Scott

ILUSTRAÇÃO

Marcelo Tibúrcio

EDITORIAÇÃO ELETRÔNICA E TRATAMENTO DE IMAGEM

Quattri Design

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz
Biblioteca de Saúde Pública

A411a Alimentação e nutrição: contexto político, determinantes e
 informação em saúde / organizado por Denise Cavalcante
 Barros... [et al] — Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2013.
288 p. : il. ; tab. ; graf.
ISBN: 978-85-61445-81-2

1. Alimentação. 2. Nutrição em Saúde Pública. 3. Programas
e Políticas de Nutrição e Alimentação. 4. Ação Intersetorial. 5.
Educação a Distância. I. Título.

CDD – 363.882

2013

Editora Fiocruz

Avenida Brasil, 4036 – Sala 112

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

CEP 21041-210

Tels.: (21) 3882-9039 ou 3882-9041

Telefax: (21) 3882-9006

www.fiocruz.br/editora

**Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca**

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Prédio Professor Joaquim

Alberto Cardoso de Melo

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

www.ead.fiocruz.br



Estudar é, realmente, um trabalho difícil. Exige de quem o faz uma postura crítica, sistemática. Exige uma disciplina intelectual que não se ganha a não ser praticando-a [...].
Estudar não é um ato de consumir ideias, mas de criá-las e recriá-las.

Paulo Freire

Autores

Aline Diniz Rodrigues Caldas

Nutricionista; doutoranda em epidemiologia em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz. Quadro permanente do Ministério da Saúde.

Carlos Eduardo Aguilera Campos

Médico; doutor em medicina preventiva pela Faculdade de Medicina da USP; professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); coordenador da residência em medicina de família e comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Denise Cavalcante de Barros (Organizadora)

Nutricionista; doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz; tecnologista em saúde pública da Fiocruz; coordenadora do Núcleo de Ensino e Pesquisa de Alimentação e Nutrição no CSEGSF/Ensp/Fiocruz; coordenadora dos cursos de Vigilância Alimentar e Nutricional e Alimentação e Cultura.

Denise Oliveira e Silva (Organizadora)

Nutricionista; pós-doutora em antropologia da alimentação pela École des Hautes Études en Science Sociales, Paris, França; pesquisadora adjunta da Fiocruz; coordenadora de cursos de pós-graduação no campo da vigilância nutricional e alimentar, da gestão de políticas de alimentação e nutrição e de alimentação e cultura.

Elyne Montenegro Engstrom

Médica; doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz; tecnologista em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz; gestora de atenção primária na Iniciativa Teias-Escola Manguinhos.

Kathleen Sousa Oliveira

Nutricionista; mestre em saúde pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fiocruz; consultora técnica da Organização Pan-Americana de Saúde para o Ministério da Saúde.

Luciene Burlandy Campos de Alcântara

Nutricionista; doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz; professora adjunta do Instituto de Nutrição da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Marta Maria Antonieta de Souza Santos (Organizadora)

Nutricionista; doutora em ciências nutricionais pelo Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); professora adjunta do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade do Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Mirian Ribeiro Baião (Organizadora)

Nutricionista; doutora em ciências pelo Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz; professora adjunta do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); coordenadora do Curso de Alimentação e Cultura da Ensp/Fiocruz em parceria com a UFRJ.

Rosana Magalhães

Nutricionista; doutora em saúde coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); pesquisadora titular do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz.

Silvia Ângela Gugelmin

Nutricionista; doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz; professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Ursula Viana Bagni

Nutricionista; doutora em ciências nutricionais pelo Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); professora adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Colaboradores

Janete Romeiro

Administradora; mestranda em administração de empresas pela Universidade do Grande Rio; especialista em planejamento, gestão, orçamento pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) e em gestão de recursos humanos para o SUS pela Universidade de Brasília (UNB).

Luciene Guimaraes de Souza

Cientista social; doutora em ciências da saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); especialista em saúde e povos indígenas. Atualmente integra a Rede de Alimentação e Cultura.

Sumário

Prefácio	11
----------------	----

Apresentação	13
--------------------	----

I A saúde no Brasil: política e cenário

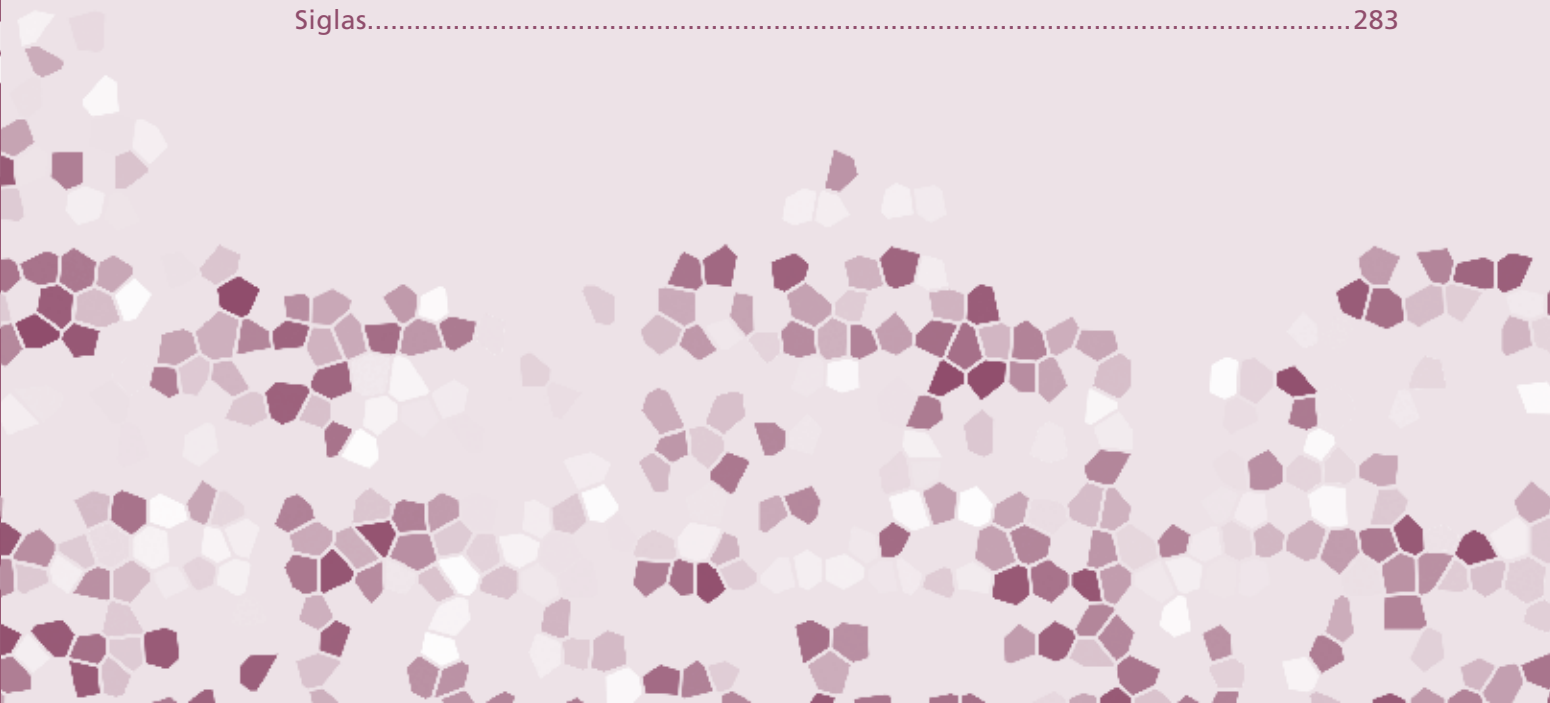
1. Antecedentes do SUS: histórico da saúde pública e da Atenção Básica	19
<i>Carlos Eduardo Aguilera Campos</i>	
2. O Sistema Único de Saúde (SUS)	41
<i>Carlos Eduardo Aguilera Campos, Kathleen Oliveira, Marta Maria Antonieta de Souza Santos e Mirian Ribeiro Baião</i>	
3. Determinantes de saúde e nutrição da população brasileira	103
<i>Denise Cavalcante de Barros, Elyne Engstrom, Ursula Viana Bagni e Mirian Ribeiro Baião</i>	

II Políticas públicas: teoria e prática

4. Políticas públicas como campo de estudo: uma contribuição para os gestores	141
<i>Aline Diniz Rodrigues Caldas</i>	
5. Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil	165
<i>Luciene Burlandy e Rosana Magalhães</i>	

III Sistemas de informação em saúde, alimentação e nutrição

6. Sistemas de informação em saúde e interfaces com alimentação e nutrição	233
<i>Silvia Angela Gugelmin e Denise Cavalcante de Barros</i>	
7. Sistemas de informação e a vigilância alimentar e nutricional no Brasil	261
<i>Denise Cavalcante de Barros, Denise Oliveira e Silva e Silvia Angela Gugelmin</i>	
Siglas.....	283





Prefácio

Os avanços ocorridos no Brasil perante o desafio de vencer a fome e propiciar segurança alimentar e nutricional a sua população são reconhecidos não só internamente, mas também fora do país. Tornamo-nos referência no tema e nós mesmos desconfiamos se estamos tão melhores assim. Mas é fato que, em alguns aspectos, como por exemplo o maior acesso aos alimentos pela população com pouco poder aquisitivo, tivemos progressos significativos, pela implementação de políticas públicas, de uma forma mais contínua do que ocorria antes e pelo alcance de um contingente maior da população. Ao mesmo tempo, novas questões surgem ou se fortalecem, apresentando outros desafios.

Se examinarmos como esse processo vem se desenvolvendo nos últimos trinta anos, algo que sobressai é o engajamento de determinados campos, seja na formulação dos problemas, seja nas políticas que implementam em suas áreas, seja ainda pela mobilização de seus representantes. Assim ocorreu com a área da saúde e, mais particularmente, com o segmento da nutrição. Assinale-se aqui não apenas seu protagonismo no tema, como sua capacidade de se articular com outras áreas, dentro de uma perspectiva notadamente intersetorial. A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) foi, nesse sentido, um ator de importância destacada, em seus processos de formação, nas discussões que despertou e naquilo que publicou. Dou meu testemunho pessoal da repercussão, por meio da participação em alguns desses processos, que confesso constituíram-se em grande incentivo para os passos que eu daria a seguir.

Como mencionado, ao lado dos avanços obtidos, novos desafios despontam ou determinadas tendências, que antes se anunciavam, agora se confirmam. É nesse contexto que este livro mantém a tradição da Ensp, em parceria com o CGAN/SAS/Ministério da Saúde, oferecendo novamente um enfoque consistente e assertivo que caracteriza aquilo que é produzido por esta instituição.

Encontramos nesta publicação um ordenamento lógico que reforça ainda mais sua importância. Elege começar pela discussão das políticas públicas com base no Sistema Único de Saúde (SUS), reconstituindo seus antecedentes, apresentando didaticamente seus princípios e estratégias e avançando para apresentar a discussão acerca dos fatores determinantes da saúde e da nutrição no país.

Dentro da determinação em aprofundar a discussão acerca das políticas públicas, segue na trajetória de apreciação e análise da teoria e da prática, nesta última dissertando sobre a importância, as possibilidades e os limites da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan), suas intercessões e especificidades.

O valor da publicação é ratificado pela qualidade dos organizadores e dos colaboradores, com sua vasta experiência e conhecimento; mas, acima disso, dotados de disposição militante em compartilhar seus conhecimentos. Bom proveito na leitura dessas empenhadas páginas.

Chico Menezes

Pesquisador do Ibase; Consultor de Action Aid/Brasil; Ex-Presidente do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), de 2004 a 2007.

Apresentação

No Brasil, desde a década de 1970, com a criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (extinto Inan) até o momento da promulgação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), em 1999, e seu aperfeiçoamento em 2011, a alimentação e a nutrição humanas constituíram-se em ideário de políticas, programas e ações intersetoriais. Além disso, as mudanças no perfil nutricional da população, revelando diminuição da desnutrição e aumento do sobrepeso e obesidade, contribuíram para a ampliação, de forma significativa, do campo da Nutrição na saúde coletiva; afinal, as políticas públicas, os programas e as ações de saúde e nutrição podem afetar de forma importante o quadro de saúde, o perfil alimentar e o próprio perfil nutricional da população brasileira.

Os excessos e a escassez alimentar coexistem em todas as regiões do país, configurando desafios aos gestores e profissionais de saúde pela relação que ambas as situações têm com os processos de adoecimento e com a qualidade de vida. A alimentação adequada e saudável é um direito humano fundamental e universal previsto na Constituição brasileira. Nesse sentido, a educação permanente se torna cada vez mais necessária para possibilitar ao trabalhador ou gestor de saúde o intercâmbio de saberes e a incorporação de novos elementos à sua prática e conceitos, com vistas a potencializar ações para responder à complexidade dos problemas relacionados a alimentação, nutrição e saúde.

A formação de recursos humanos capazes de liderar a formulação e a implementação de políticas, programas e ações de alimentação e nutrição no Brasil de maneira reflexiva, crítica e mais humanizada é fundamental.

Com base nesse contexto e como parte de uma estratégia mais ampla, a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGAN/DAB/SAS/MS), criou o Programa de Formação em Alimentação e Nutrição (Profan). O seu objetivo é qualificar a atuação dos profissionais na gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, bem como no desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas à superação dos problemas alimentares e nutricionais da população brasileira.

O livro *Alimentação e Nutrição: contexto político, determinantes e informação em saúde* é parte de um conjunto de materiais didáticos desenvolvidos para fomentar o Profan. A missão das organizadoras do Volume 1 foi reunir autores renomados, com ampla experiência em saúde coletiva, para desenvolver conteúdos que abordassem os problemas de saúde, alimentação e nutrição da população brasileira e seus determinantes; a história, a evolução e o contexto das políticas públicas e as ferramentas disponíveis por meio dos sistemas de informação para o enfrentamento da problemática alimentar e nutricional.

A Parte I, **A Saúde no Brasil: política e cenário**, é constituída por três capítulos.

O Capítulo 1, “Antecedentes do SUS: histórico da saúde pública e da Atenção Básica”, apresenta ao leitor os fundamentos da saúde pública no Brasil por meio do surgimento das ações sanitárias que deram origem à Atenção Básica.

O Capítulo 2, “O Sistema Único de Saúde”, aborda a constituição do SUS, seus princípios, as normas e estratégias de operacionalização do sistema, os modelos assistenciais da Atenção Básica e sua conformação atual.

O Capítulo 3, “Determinantes de saúde e nutrição da população brasileira”, busca refletir sobre o panorama dos problemas de saúde e nutrição de maior relevância para a Atenção Básica, além de possibilitar a compreensão da evolução do perfil de morbimortalidade no Brasil ao longo das últimas décadas.

A Parte II, **Políticas públicas: teoria e prática**, compreende dois capítulos.

O Capítulo 4, “Políticas públicas como campo de estudo: uma contribuição para os gestores”, leva o leitor à reflexão crítica dos aspectos relacionados à formulação e implementação de políticas públicas a partir da compreensão de alguns modelos e teorias de análise que consolidaram essa área como campo de estudo.

O Capítulo 5, “Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil”, apresenta as principais políticas e intervenções públicas de alimentação e nutrição a partir de uma breve revisão histórica e conceitual. Discute o alcance de tais iniciativas com destaque para a formulação e a implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan). Os autores refletem ainda sobre as possibilidades e limites da articulação intersetorial no campo da alimentação e nutrição.

A Parte III, **Sistemas de informação em saúde, alimentação e nutrição**, também engloba dois capítulos.

O Capítulo 6, “Sistemas de informação em saúde e interfaces com alimentação e nutrição”, traz a informação em saúde como um recurso estratégico para a gestão e atuação dos profissionais. Discute a importância dos sistemas de informações de uma população para o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação das ações e das políticas públicas.

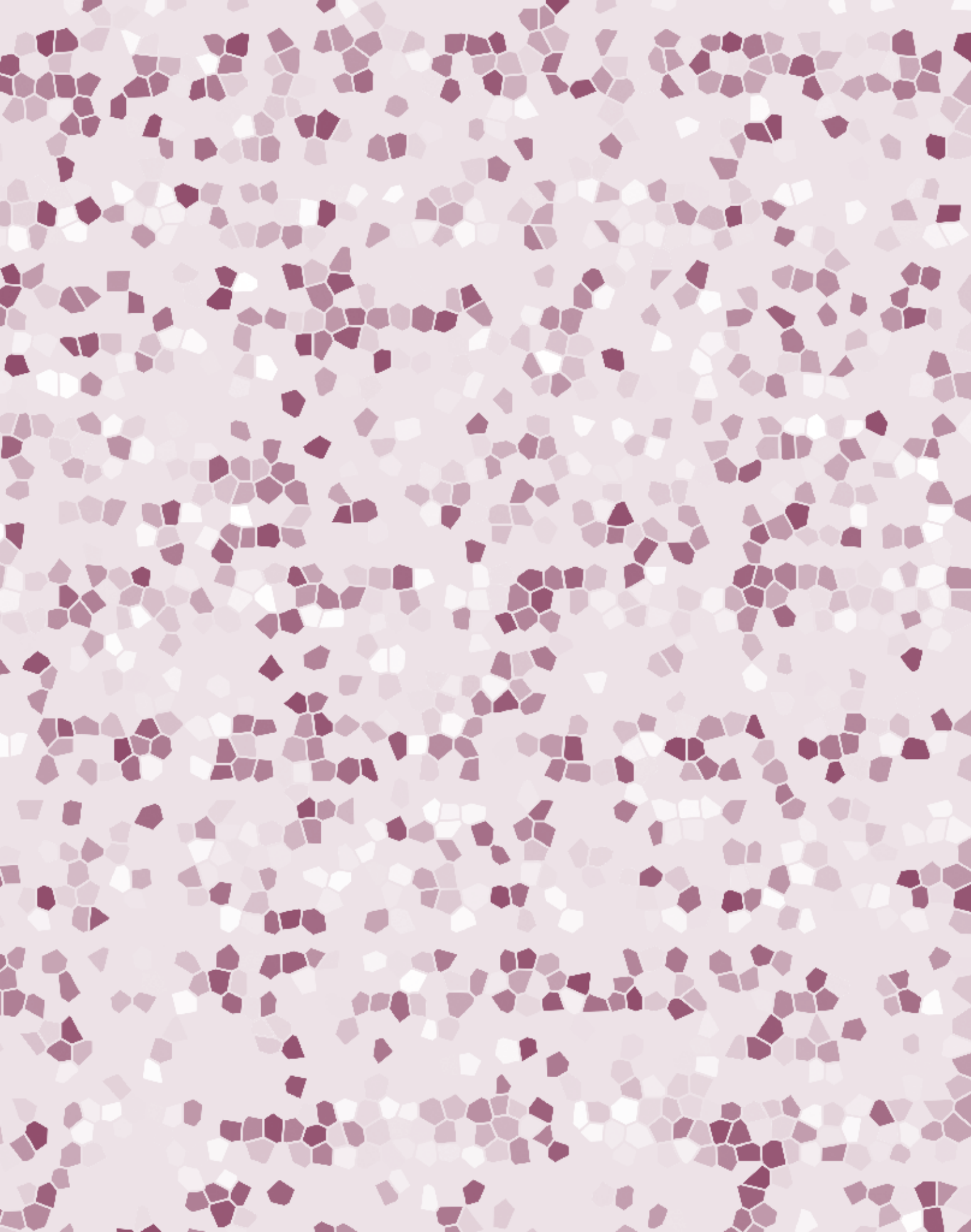
No Capítulo 7, “Sistemas de informação e a vigilância alimentar e nutricional no Brasil”, os autores descrevem e discutem o Sisvan, tendo como foco o conceito, o alcance, os objetivos, as possibilidades e limitações. Levam os leitores a compreender o fluxo das informações e apreender a importância da atitude de vigilância no cotidiano do cuidado em saúde.

Os conteúdos deste livro são apresentados de forma sistematizada para fins didáticos, cabendo ao leitor interessado no aprofundamento dos temas consultar a bibliografia indicada em cada capítulo. A obra traduz-se em contribuição fundamental para a consolidação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, ao promover o pensar e o agir em saúde de modo qualificado, crítico e humanizado.

As Organizadoras

I | A saúde no Brasil: política e cenário





1. Antecedentes do SUS: histórico da saúde pública e da Atenção Básica

Carlos Eduardo Aguilera Campos

A saúde pública fez parte das estratégias dos estados nacionais com vistas a garantir mínimos padrões de vida e sobrevivência no contexto de processos sociais e econômicos complexos vigentes em cada época da história. Muitas estratégias de atuação coletiva ou comunitária foram formuladas para proporcionar um controle efetivo sobre os riscos e danos à saúde. A ideia de redes locais permanentes que pudessem prevenir os principais problemas sanitários não é de hoje. Pretendemos aqui expor sucintamente a evolução desses modelos de organização e ações sanitárias que acabaram por dar origem à rede básica, tal como está hoje organizada. Muito do que se faz hoje reflete tal acúmulo de experiências e de conhecimentos. Conhecer essa história é fundamental para se entender objetivos e funções da rede básica no sistema de saúde.

As origens da Atenção Básica no Brasil

As **políticas públicas** e ações voltadas para o controle de doenças e a preservação da saúde da população se confundem com o surgimento dos Estados nacionais. A saúde pública foi ganhando cada vez mais importância e sendo fortalecida ao longo do século XIX. Esse processo estava ligado não só ao avanço da ciência, especialmente ao conhecimento a respeito do modo de transmissão das doenças infecciosas, mas também às necessidades econômicas, comerciais e políticas de sociedades capitalistas cada vez mais complexas. O desenvolvimento da indústria e dos meios de transporte incrementou as trocas comerciais de bens e mercadorias e provocou o adensamento dos núcleos urbanos e a intensificação do movimento de pessoas. As desigualdades sociais e



a pobreza eram realidades já existentes e a sua relação com um maior número de doenças já era um problema a ser enfrentado.

No Brasil, o período marca a atuação de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas à frente de inúmeras iniciativas no campo da saúde pública; entre elas, o combate à febre amarela, à varíola, as ações de saneamento e a criação de códigos sanitários. Até a década de 1930 é a saúde pública a grande orientadora da atuação dos Estados nacionais.

Instrumentos de controle sobre o meio ambiente e os agentes infecciosos por meio da vigilância, as medidas saneadoras e disciplinares e as vacinações em massa se desenvolveram enormemente e permitiram obter êxitos no combate a muitos males que ameaçavam a saúde das populações. Estas medidas eram tomadas com poderes ilimitados, de cunho autoritário, como, por exemplo, a remoção de cortiços, a invasão de domicílios, em uma autêntica ação de polícia.

Na gíria popular, é comum dizer que um imóvel de péssima qualidade não passa de uma “cabeça de porco”. Muitos não sabem, mas o termo surgiu no final do século XIX e era o nome do maior cortiço do centro do Rio de Janeiro, com quase 4 mil moradores. O “Cabeça de Porco” foi abaixo em 26 de janeiro de 1893, por determinação do então prefeito Barata Ribeiro.

Precursos das favelas, os cortiços eram a única opção de moradia dos mais pobres, especialmente de escravos recém-libertos, em um Brasil que dava os primeiros passos rumo à industrialização. Eram locais insalubres e, acreditava-se, verdadeiros focos de doenças habitados por marginais e prostitutas, as “classes perigosas”. Em 1903, o decreto municipal n. 391 proibiria terminantemente os cortiços.

Múltiplos aspectos relacionados à formulação de políticas, à construção do conhecimento e à implementação das práticas no setor Saúde interagem mutuamente. Essa interação tem como produto a maneira como se prestam os serviços de saúde em determinados contextos históricos ou, ainda, resulta na disponibilidade ou na escassez de um determinado conjunto de ações e serviços de saúde. Compreender como a rede de estabelecimentos de Atenção Básica se constituiu no Brasil com o objetivo de garantir ações de controle e prevenção, tendo como principal estratégia a educação sanitária, é o objetivo deste capítulo. Como será visto, o surgimento e a consolidação da rede permanente de Postos e Centros de Saúde foram anteriores à conformação do campo da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa organização, bem como sua função no sistema de saúde, passou por várias mudanças até a implementação da Estratégia Saúde da Família.

Até meados da década de 1910 não existiam estabelecimentos de saúde pública. As ações eram realizadas no território por meio de intervenções sobre o ambiente, os agentes infecciosos e, eventualmente, voltadas para os indivíduos (quarentena, vacinação etc.). A forma de atuar dos profissionais de saúde pública naquela época era mesmo ao ar livre, andando pelas localidades, atendendo as pessoas em barracas improvisadas ou até em redes estendidas no campo. Cabe salientar que existiam prédios denominados Delegacias de Saúde, que tinham a função de coordenação dos trabalhos dos profissionais em diversos setores – entre os quais os chamados guardas sanitários –, tais como a inspeção sanitária de estabelecimentos e habitações, o controle de alimentos e bebidas, as campanhas de vacinação, o suporte laboratorial etc. Elas eram distribuídas estrategicamente em bairros centrais das principais cidades. Os estabelecimentos funcionavam mais como apoio logístico e administrativo às equipes.

Os primeiros estabelecimentos que visavam atuar em base territorial no controle de doenças surgiram em 1916. Muitas foram as razões que levaram à sua criação. Entre elas pode se destacar a ampliação de responsabilidades e das atribuições da saúde pública, que passou a atuar nas áreas de saneamento, propaganda sanitária, higiene infantil, higiene industrial e, nesse momento, especialmente, no combate às endemias rurais (BRAGA; PAULA, 1981). Além disso, novos instrumentos de diagnósticos, de profilaxia e de imunização permitiram a atuação mais direta no combate às doenças. A mudança tinha como premissa a necessidade de dotar o governo de uma administração moderna e de buscar um enfrentamento mais efetivo das doenças endêmicas e epidêmicas. Esses estabelecimentos foram chamados de Postos de Saneamento e Profilaxia Rural, que passaram a representar a nova fase, dedicados a prestar assistência, de forma permanente, a populações definidas.

Essas estruturas progressivamente se disseminaram no país a partir da criação do Serviço de Profilaxia Rural, em 1918. Com o apoio da Fundação Rockefeller, Postos de Saneamento e Profilaxia Rural foram sendo implantados nos estados. A necessidade de constituir-se um corpo técnico, a desempenhar as novas funções, não foi negligenciada. Médicos sanitaristas e enfermeiras visitadoras eram considerados recursos estratégicos para essa nova política.

Todo o trabalho desenvolvido nos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural e o trabalho de formação de recursos humanos serviram de base para o passo seguinte: a criação dos Centros de Saúde, unidades mais complexas, que se tornaram por sete décadas as unidades consagradas à atuação da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

A partir de 1916, o governo brasileiro inaugura os primeiros Postos de Profilaxia Rural na periferia da cidade do Rio de Janeiro. O projeto, que priorizava o combate a doenças como a malária, ancilostomose e doença de Chagas, se expande e atinge diversos pontos do interior do país, durante a gestão de Carlos Chagas (CHAGAS FILHO, 1993).



Para saber mais

A Fundação Rockefeller é uma fundação filantrópica norte-americana que teve enorme influência nos rumos da saúde pública do Brasil e demais países da América Latina, por apoiar financeira e tecnicamente as ações de combate ou erradicação de doenças infecto-parasitárias e outras ações de saúde pública sobre o meio ambiente. Para mais informações sobre o tema sugerimos a leitura de “Os primeiros anos da Reforma Sanitária no Brasil e a Fundação Rockefeller (1915-1920)”, de Lina Rodrigues Faria (1995).

A Reforma Carlos Chagas, em 1923, criou o Departamento Nacional de Saúde e alargou as competências do governo federal sobre o setor. Dentre suas atribuições destacaram-se o saneamento rural e urbano; a higiene infantil, industrial e profissional; a supervisão e a fiscalização da saúde dos portos; e o combate às endemias rurais. Essas ações deram origem às Campanhas de Saúde Pública, caracterizadas por ações centralizadas e verticalizadas com o objetivo de combate às doenças endêmicas no país, como por exemplo a malária, a febre amarela e a tuberculose (CHAGAS FILHO, 1993).

Campanhista é um modelo de saúde pública, muito utilizado na primeira metade do século XX, organizado por tipo de doença a ser combatida, com ações verticalmente estruturadas em forma hierárquica, do tipo militar, a atuar no controle de endemias e epidemias. Exemplos: campanhas contra a febre amarela, a malária, a tuberculose etc.

As condições de vida e de saúde das populações mais pobres, especialmente nas grandes cidades, exigiam estratégias mais dirigidas e específicas que as adotadas pela lógica **campanhista**. É importante frisar, nesse particular, o problema da tuberculose, considerada, por Carlos Chagas, o grande flagelo nacional, assim como as doenças materno-infantis. A criação de Centros de Saúde voltados para a educação sanitária e a profilaxia das doenças passa a ser defendida por vários setores da sociedade médica e do governo, a partir da experiência bem-sucedida da Cruz Vermelha norte-americana, na cidade de Nova York, no início dos anos 1900. A estratégia constituía-se em formar médicos sanitaristas e enfermeiras visitadoras de saúde pública para atuar junto às famílias pobres. Esse trabalho foi organizado em Centros de Saúde, distribuídos em regiões estratégicas da cidade (CAMPOS, 1999). O Instituto Oswaldo Cruz e a Escola de Enfermagem Anna Nery, no Rio de Janeiro, iniciaram a formação de profissionais.

Foto 1 – Visita ao Posto Sanitário de Pilares, subúrbio do Rio de Janeiro, com a presença do presidente Epitácio Pessoa



Fonte: Thielen e Santos (2002).

Autoridades posam para a foto diante de populares da região. Ao centro, com cartola e bengala, a maior autoridade do país, o presidente Epitácio Pessoa. À direita, Penna, então diretor do Departamento de Saneamento e Profilaxia Rural do DNSP.

Em 1927, surgiu o primeiro Centro de Saúde, nessa cidade, então capital da República, no bairro de Inhaúma. Até 1930, outros 12 Centros de Saúde foram inaugurados.

A implantação dos primeiros Centros de Saúde data do ano de 1925, quando foram instalados três estabelecimentos na capital paulista: o Centro de Saúde do Brás, o Centro de Saúde do Bom Retiro e o Centro de Saúde do Instituto de Hygiene. Este último considerado estabelecimento modelo.

Publicação a respeito dos documentos confidenciais do Rockefeller Archive Center (EUA), datada de 19 de junho de 1925, informa que: os Centros de Saúde têm funcionado muito bem de modo integrado, sem as antigas divisões (uma para doença venérea, outra para puericultura etc.). Agora os especialistas dedicam-se em horários diversos a suas especialidades, mas sem prejudicar o caráter geral dos trabalhos. Tanto mais que muitos poucos são verdadeiros higienistas. Explica que as discussões realizadas no Congresso de Higiene, em Belo Horizonte (II Congresso Brasileiro de Higiene, 1924) confirmaram que não há vantagens em conservar os postos nos moldes antigos dos Postos de Profilaxia Rural, criados para controle de doenças endêmicas específicas (SANTOS; FARIA, 1996, p. 74).

A intenção era reservar a denominação “Centro de Saúde” para as unidades de maior complexidade, instaladas em núcleos urbanos e realizando reformas de cunho modernizante nos antigos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural. A posse de Clementino Fraga no Departamento Nacional de Saúde, em novembro de 1926, viabilizou a implantação do primeiro Centro de Saúde no (então) Distrito Federal. Juntamente com João de Barros Barreto e José Paranhos Fontenelle, inaugurou, no dia 1º de janeiro de 1927, o Centro de Saúde de Pilares.

O Distrito Federal à época ainda era a cidade do Rio de Janeiro.

As vantagens enaltecidas por Clementino Fraga, quando da inauguração do Centro de Saúde de Pilares, eram principalmente de natureza gerencial e administrativa. Segundo ele, ao invés da divisão por funções, em que cada uma das repartições sanitárias era especializada em uma doença endêmica, fazia-se imprescindível, especialmente em uma grande cidade como o Rio de Janeiro, um sistema de divisão por tarefas, centralizadas todas em um mesmo distrito, que aglutinasse as diversas repartições antes dispersas, em um local acessível às populações.

Foto 2 – Inauguração do Centro de Saúde de Pilares, em 1º de janeiro de 1927



Fonte: Campos (1999).

O mesmo Posto Sanitário de Pilares da foto anterior foi “convertido” e se tornou o primeiro Centro de Saúde do Governo Federal.

Daí o novo sistema de administração que nos últimos tempos vai fazendo caminho em substituição à divisão por funções, criando-se em cada distrito uma repartição sanitária local, pela concentração, em um mesmo edifício, de todos os dispensários dessa zona e de outros serviços de Saúde Pública sob a chefia de um sanitarista (FRAGA, 1928, p. 222).

Propunha-se a disseminação dessa organização sanitária por toda a capital. Nos Centros de Saúde previa-se a instalação dos seguintes serviços internos, entre os chamados dispensários e escriturários: Administração, Registro, Estatística e Propaganda; Prenatal; Higiene da Criança; Tuberculose; Doenças Venéreas; Lepra; Saneamento e Polícia Sanitária; Higiene da Alimentação; Higiene do Trabalho; Exames de Saúde; Laboratório (BARRETO; FONTENELLE, 1935).

O termo “jovens turcos” foi cunhado tendo como referência o então processo de ocidentalização da Turquia, que acabou com algumas das tradições milenares daquele país. Os jovens sanitaristas desejavam modernizar a saúde pública brasileira, daí a expressão ter sido cunhada e se popularizado quando se fazia referência ao grupo (informação do professor Lúcio Costa, presidente da Sociedade Brasileira de Higiene).

Os Centros de Saúde representaram uma evolução das organizações sanitárias. Esse período pode ser denominado de Nova Higiene, e os seus representantes ficaram conhecidos como “jovens turcos”. O movimento de renovação tinha como objetivo transformar a atuação então vigente, de polícia sanitária, em práticas dotadas de nova concepção, de cunho mais educativo e preventivo, de modo a criar uma nova consciência sanitária nos indivíduos e famílias. Esta era a base da atuação dos Centros de Saúde e exigia uma mudança organizacional na área da saúde pública.

A nova forma de atuação, por meio de uma rede local permanente de unidades de saúde, abrangeu duas novas metodologias ou ferramentas. Foram elas: a subdivisão das cidades em Distritos Sanitários para a ação das equipes e a educação sanitária às famílias. Por meio das visitas domiciliares sistemáticas, buscava-se monitorar e traçar o perfil epidemiológico de cada área. A partir desse conhecimento passava-se a atuar segundo as técnicas de prevenção e profilaxia disponíveis e a transmitir às famílias novos hábitos de higiene.

Outra vertente científica e filosófica a nortear os novos estabelecimentos sanitários foi a Educação Sanitária. Os novos sanitaristas defendiam que somente com uma nova consciência sanitária dos cidadãos seria possível superar as mazelas sanitárias do país. A ignorância, mais do que a pobreza ou as péssimas condições de vida, era tida como um fator que pesava decisivamente para a alta incidência de doenças infecto-contagiosas. Assim, a educação consistia na principal ferramenta para combater a disseminação das doenças. Esse ideário estava relacionado a uma nova conformação política do país, com o enfraquecimento do

regime oligárquico e a presença cada vez mais forte das classes médias urbanas no cenário político e econômico.

Com o aumento considerável das populações urbanas, a atuação sanitária se fazia necessária não só sobre o meio ambiente, mas consideravam-se as estratégias que permitissem alcançar as rotas privadas da infecção buscando notificar, controlar e orientar famílias e indivíduos.

Há que se destacar que a prioridade em termos do espaço urbano era o combate à tuberculose, cuja incidência crescia em escala alarmante. A concepção de um novo espaço em que pudesse funcionar com vários dispensários em horários alternados, sob a chefia de um médico sanitarista e o esquadrinhamento do território urbano por meio da **distritalização**, poderia possibilitar conhecer, em tempo real, a evolução das principais doenças, assim como os problemas relacionados à saúde materno-infantil, tornando possível medidas eficazes de controle e profilaxia. A formação das enfermeiras visitadoras era um requisito fundamental para o sucesso dessa nova abordagem.

Para tal a Direção Nacional de Saúde convidou a enfermeira Ethel Parsons, dos EUA, para formar as primeiras turmas de Enfermeiras Visitadoras. Estava instituído o novo modelo de quarentena, não mais aquartelando os doentes, mas circunscrevendo a atuação dos profissionais e o controle das doenças no âmbito das famílias e domicílios.

Para refletir

Faça um paralelo entre as reformas sanitárias da década de 1920-1930 e a história recente de mudanças ocorridas na Atenção Primária à Saúde no Brasil, com a implantação da Estratégia Saúde da Família.

Distritalização significa uma descentralização das ações de saúde, aproximando, vinculando os serviços com a população. Permite uma abordagem e um conhecimento mais aprofundado e contínuo dos problemas de saúde de uma determinada população ou comunidade. A metodologia consiste em desmembrar em unidades menores um determinado território, que será denominado Distrito Sanitário. Processo de realizar as divisões e subdivisões territoriais necessárias à organização da atenção continuada e integral dos serviços de saúde (DISTRITOS... 2011).



Para saber mais

Sobre o conceito de distritalização, consulte "Processo de regionalização/Distritalização: sistemas locais de saúde", Silos/Distritos Sanitários no endereço: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_01/04.html

A evolução da rede de Atenção Básica no Brasil

A rede de Centros de Saúde consolidou-se como uma organização voltada para os assuntos da saúde pública. Era a proposta de uma rede básica permanente que deveria estar próxima às comunidades e que combatesse a ignorância do povo a respeito da higiene. No momento da constituição dessa rede, o país tinha como problemas sanitários em suas áreas urbanas um quadro de morbimortalidade que assegurou legitimidade a essa nova proposta: a tuberculose, as doenças venéreas, a mortalidade materno-infantil, as doenças endêmicas.

Por ocasião do Estado Novo (1937), a necessidade de consolidar a influência do poder central nas diversas unidades da federação fez com que a antiga ênfase dada às ações sanitárias na capital da República fosse revista. O período coincide com a implantação da rede de Centros de Saúde em todas as capitais do país e nas cidades de médio porte.

Tabela 1 – Unidades sanitárias existentes no país em 1942/Divisão de Organização Sanitária – DNS

Estados, territórios e DF	Distritos sanitários	Centros de Saúde	Postos de higiene 1	Postos de higiene 2	Subpostos	Postos especializados	Postos itinerantes	População distrito/1000
Acre	7	0	0	0	7	0	0	12
Amazonas	6	1	0	0	2	0	0	75,5
Pará	7	2	0	0	7	0	0	137
Maranhão	6	1	0	2	4	0	6	207
Piauí	3	1	0	2	16	0	0	275
Ceará	4	1	4	6	0	3	2	525
Rio G. do Norte	11	1	0	1	3	0	0	70,5
Paraíba	0	1	1	6	10	0	0	-
Pernambuco	10	4	2	13	32	0	4	269
Alagoas	10	1	0	4	0	0	0	191
Sergipe	7	1	0	0	6	0	0	78
Bahia	10	3	0	11	44	4	0	394
Espírito Santo	7	1	1	5	1	2	1	108
Rio de Janeiro	11	2	3	0	57	0	0	169
D. Federal	15	15	0	0	0	0	0	116
São Paulo	93	7	2	8	77	0	0	78
Paraná	6	1	1	17	30	0	0	208
Sta. Catarina	7	1	4	2	0	0	0	169
Rio G. do Sul	88	5	35	32	0	0	0	38
Minas Gerais	26	1	0	25	0	4	0	261
Mato Grosso	9	1	0	0	8	0	0	48
Goiás	7	0	1	6	0	0	0	119
Total	350	51	54	140	304	13	13	-

Fonte: Barreto (1942).

Aliança para o Progresso foi um programa do governo dos Estados Unidos da América entre 1961 e 1970, com o objetivo de promover o desenvolvimento econômico mediante a colaboração financeira e técnica em toda a América Latina, a fim prevenir o aparecimento de novos regimes comunistas, como tinha ocorrido, em 1959, em Cuba.

A rede de Centros de Saúde receberia novas funções e incentivos a partir do início dos anos de 1960, quando se consolidaria o ideário da Medicina Preventiva e da Programação em Saúde. Essas novas formulações são novamente fomentadas com financiamento do governo norte-americano, via a Aliança para o Progresso. Essa etapa coincidiu com o crescimento, em paralelo, da medicina previdenciária, que levou ao surgimento dos grandes hospitais e ambulatórios dos Institutos de Aposentadorias e Pensões.

Um novo pico de crescimento da rede básica aconteceu no início dos anos 1980, decorrente do processo de redemocratização do país e do movimento da Atenção Primária da Saúde. A sociedade brasileira lutava pela consolidação de seus direitos sociais e, por conseguinte, pelo direito dos excluídos à assistência à saúde. Em um contexto de crise do modelo de saúde previdenciário, buscou-se instituir medidas de aumento da cobertura, ao mesmo tempo em que se racionalizava o gasto em saúde. A 30ª Assembleia Mundial da Saúde em 1977 já tinha lançado o lema-desafio – “Saúde para todos no ano 2000”. Em 1978 realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Estavam assim dadas as novas bases políticas e técnicas para o surgimento de um novo surto de crescimento e desenvolvimento da rede básica.

Várias iniciativas ligadas à saúde comunitária surgiram, como as experiências pioneiras em alguns municípios de médio porte, como Niterói, Pelotas, Campinas, Lajes etc. Essas medidas estavam agora respaldadas pelo movimento mundial da Atenção Primária à Saúde, que preconizava um rol de cuidados essenciais a serem prestados aos povos de todo o mundo.

A Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão (1978), promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), representou um forte estímulo às mudanças nos sistemas de saúde. A Conferência declarou que a situação de saúde de centenas de milhões de pessoas nos países em desenvolvimento era inaceitável.

Em seu relatório final, a Conferência de Alma-Ata assim concluiu:

Dadas as magnitudes dos problemas de saúde e a distribuição inadequada e iníqua dos recursos de saúde entre os países e em cada país, e na crença de que a saúde é um direito humano fundamental e uma meta social mundial, a Conferência optou por um novo enfoque de saúde e um novo critério de serviços, a fim de reduzir a distância que separa os privilegiados e os carentes, de obter uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde e de alcançar um nível de saúde que permita a todos os cidadãos do mundo desfrutar uma vida social e economicamente produtiva (UNICEF, 1979, p. 14).

Foram definidos como Cuidados Primários à Saúde, aos quais todos os cidadãos do mundo teriam direito:

- a promoção da nutrição apropriada e da adequada provisão de água de boa qualidade;
- o saneamento básico;
- a saúde materno-infantil e o planejamento familiar;
- a imunização contra as principais doenças infecciosas;
- a prevenção e o controle de doenças localmente endêmicas;

- a educação no tocante aos problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle;
- o tratamento apropriado de doenças e lesões comuns.

No início da década de 1970, diversos eventos e documentos apresentaram uma análise da situação de saúde em nível mundial e influenciaram o pensamento e a prática de saúde pública. Um desses documentos foi o *Informe Lalonde*, de 1974, que, assim como a Conferência de Alma-Ata, de 1978, tiveram uma influência decisiva para a ampliação do conceito de saúde. Nessa perspectiva, para se alcançar e manter a saúde não basta somente a atuação das organizações e dos serviços públicos setoriais, mas também a existência de políticas públicas mais abrangentes que possam atuar sobre o meio ambiente, o estilo de vida e as condições gerais de vida da população. Em muitos aspectos, inspirado nos movimentos iniciados nos países europeus, o que estava em questão era o entendimento de que saúde é um bem e um direito de cidadania.

O *Informe Lalonde*, publicado pelo governo do Canadá, em 1974, por ocasião da reforma do sistema de saúde daquele país... Em sua nova formulação de “campo da saúde”, ele propõe a inclusão de quatro amplos componentes: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde como parte da dimensão ampliada por meio da qual a saúde deva ser abordada nas políticas (GENTILE, 2001, p. 55-56).

O movimento mundial pela Atenção Primária à Saúde (APS) transformou-se em uma agenda política e estimulou, no Brasil, uma crescente organização de movimentos populares locais nos municípios. É bom lembrar que, naquela época, a saúde era uma atribuição federal, no que tange à assistência médica previdenciária, cabendo aos estados da federação o atendimento de emergência e as ações de saúde pública. Esses movimentos populares passaram a reivindicar melhores condições de saúde e assistência para todos. A participação comunitária era um dos eixos da APS e o país encontrava-se submetido a uma ditadura militar. A maioria dos municípios brasileiros nem possuíam Secretarias de Saúde. Iniciou-se, a partir daí, um movimento, visando à organização comunitária e o atendimento às questões de saúde da população. Esse início de formulação de um sistema de saúde voltado para as necessidades das comunidades coincide com a luta pela redemocratização do país.

A atenção primária e integral à saúde teve como fundamento e princípio básico a ideia de uma maior participação dos indivíduos e das comunidades na melhoria das condições de vida e a melhoria de sua saúde.

No Brasil, o movimento foi implementado por meio da criação de novas unidades básicas e o adensamento dos movimentos populares locais, aliados aos profissionais de saúde identificados com seus interesses. Conseguiram assim conquistar maior controle de seu funcionamento, redirecionando suas práticas cotidianas (VASCONCELOS, 2001, p. 24).

O movimento da Reforma Sanitária estimulou e fez aumentar as iniciativas de governos municipais. As ações envolviam, via de regra, a mobilização da comunidade e o fortalecimento da rede básica, que se expandiu com a implantação de postos de saúde em comunidades periféricas urbanas e postos de saúde rurais que antes não possuíam cobertura de ações de saúde. Em ambos os casos denotava-se um fracasso do antigo modelo de saúde previdenciária, incapaz de atender essa população, geralmente fora do mercado formal de trabalho e, portanto, sem cobertura de saúde pela previdência social. Reformulou-se assim a lógica assistencial de todo o sistema sanitário, privilegiando a universalização do direito à saúde, a integralidade das ações de saúde e a descentralização da gestão no setor, com participação da comunidade.

A partir da Reforma Sanitária, a rede básica (Centros e Postos de Saúde) passa a ser vista não só como estabelecimentos de prevenção, mas, também, de prestação de serviços curativos e assistenciais à população. Esse processo de descentralização da saúde previdenciária e da subsequente municipalização do sistema de saúde brasileiro se consolidou definitivamente com a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A rede básica do país, no início da década de 1990, era constituída por 23.319 unidades, sendo 14.763 classificadas como Centros de Saúde e 8.556 como Postos de Saúde, que respondiam por 46,5% das consultas ambulatoriais prestadas no país (CAMPOS, 2006). Os Centros de Saúde eram, portanto, os principais estabelecimentos na prestação desse tipo de serviço no Brasil. Nessa classificação, os Postos de Saúde, ao contrário dos Centros de Saúde, não possuíam profissionais de nível superior em seu quadro permanente.

Em 2002 o IBGE abandonou o antigo critério utilizado para a classificação de unidades básicas. Ao invés de Centros e Postos de Saúde, elas foram classificadas como unidades públicas com o perfil de atenção básica, e subclassificadas como “gerais”, “com especialidades”. Como pode ser visto a seguir, o número de unidades se manteve em contínuo crescimento no país.



Para saber mais

Sobre a Reforma Sanitária consulte “História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária”, de Sarah Escorel (2008).

Sobre o Sistema Único de Saúde, leia o Capítulo 2 deste mesmo livro.

Tabela 2 – Estabelecimentos de saúde públicos sem internação segundo os estados (IBGE, 2002)

Estados	Com especialidades	Geral	Total
Rondônia	8	417	425
Acre	15	211	226
Amazonas	16	539	555
Roraima	20	159	179
Pará	24	1.291	1.315
Amapá	41	140	181
Tocantins	55	325	380
Maranhão	69	1.220	1.289
Piauí	69	986	1.055
Ceará	70	1.619	1.689
Rio G. do Norte	81	698	779
Paraíba	81	1.014	1.095
Pernambuco	88	1.461	1.549
Alagoas	104	655	759
Sergipe	148	463	611
Bahia	152	2.194	2.346
Minas Gerais	155	2.467	2.622
Espírito Santo	168	634	802
Rio de Janeiro	192	496	688
São Paulo	280	1.306	1.586
Paraná	291	1.962	2.253
Santa Catarina	414	982	1.396
Rio G. do Sul	468	1.287	1.755
Mato G. do Sul	850	342	1.192
Mato Grosso	924	725	1.649
Goiás	1.803	721	2.524
Distrito Federal	2.390	95	2.485
Brasil	8.976	24.409	33.385

Fonte: IBGE (2002).

A lógica programática na organização da Atenção Básica

O desenvolvimento de técnicas e abordagens de planejamento em saúde, como o método Cendes-Opas, possibilitou a elaboração de novos modelos de intervenção, com o objetivo de reduzir os agravos à saúde e as mortes evitáveis. Baseada em análises de magnitude, transcendência, vulnerabilidade das doenças e do custo-efetividade dos instrumentos e atividades, a rede básica passou a ofertar ações de caráter preventivo, segundo a lógica da Programação em Saúde.

Os Programas de Saúde buscaram, em outras palavras, com base em prioridades, elegíveis segundo critérios já citados, combinar tecnologias e intervenções de caráter clínico-epidemiológico calcadas em medidas de impacto, eficácia, efetividade e eficiência comprovadas. Essas ações passaram a ser a parte mais visível do trabalho das unidades básicas. É inegável terem alcançado progressos, que se refletiram em melhorias de determinados indicadores sanitários. Entre essas ações, destacaram-se os programas de combate à desnutrição e à diarreia na infância, de prevenção da Aids, de imunizações, de prevenção do câncer de mama e de colo uterino, de aleitamento materno.

Muitos problemas, porém, ainda persistiram. Com relação aos Programas de Saúde, a opção feita por operá-los tomando por base as especialidades de cada área técnica acarretou na fragmentação do trabalho desenvolvido nas unidades básicas. Geralmente, onde existia o recurso disponível, o cardiologista atuava no programa de controle da hipertensão; o pneumologista, no programa de controle da tuberculose; o dermatologista, no programa de controle da hanseníase; e assim por diante. Os demais profissionais, especialmente de enfermagem, era distribuídos segundo as “especialidades”, cada um cuidando de seu próprio campo de atuação, sem integração uns com os outros. Impasses decorrentes dessa forma de atuar eram evidentes.

O baixo investimento nessa rede e o sistema de pagamento por procedimento incentivaram o atendimento especializado e fragmentado, comprometendo as premissas da Atenção Primária à Saúde e do vínculo entre usuários e profissionais. As dificuldades em se dotar cada um dos Centros e Postos de Saúde com recursos suficientes para operar cada programa e atender às demandas da população ficaram evidentes nesse modelo.

Contribuíram ainda para aprofundar a fragmentação as medidas, sempre urgentes, de estender a cobertura assistencial, lotando-se profissionais para realizar, nas unidades básicas, consultas médicas ambulatoriais sem nenhum planejamento ou estudo para adequá-las aos problemas de saúde locais. As unidades de saúde foram, frequentemente, organizadas na modalidade de pronto atendimento, sempre em número insuficiente e sem nenhum vínculo entre as equipes e a população. Com o objetivo de amenizar esses problemas realizou-se um trabalho paralelo à lógica da programação em saúde, buscando responder às demandas dos indivíduos que não eram atendidos pelas ações programáticas. A falta de capacitação (ou formação) dos profissionais para trabalhar segundo os princípios da Atenção Primária à Saúde e a baixa remuneração agravavam ainda mais o quadro (FRANCO, 1996, 1999, 2003; MERHY, 1996).

Seguindo a lógica programática, as unidades de saúde organizaram a atenção de forma fragmentada. Por exemplo, algumas possuíam atendimento da criança às segundas e sextas pela manhã; atendimento de clínica médica, às terças e quintas; atendimento à mulher, às quartas etc. Com isso, perdeu-se a noção de território, de integralidade e de vínculo entre a equipe e a comunidade.

Muitas dessas distorções discutidas anteriormente não aconteceram apenas no Brasil. Em vários países os problemas com que se depararam os sistemas nacionais de saúde se circunscreveram no dilema de como tornar universal a assistência médica de qualidade com a constante pressão por conter o aumento do gasto público.

Tanto a ampliação de cobertura da Atenção Primária à Saúde quanto a estratégia de melhorar a relação custo/efetividade, contida na lógica da Programação em Saúde, foram tentativas de resposta a esse dilema. De fato, em que pese a heterogeneidade do sistema de saúde brasileiro, ganhou hegemonia na estratégia de estruturação do SUS o modelo da Atenção Primária à Saúde, com o fortalecimento e a disseminação da rede básica, de responsabilidade do poder público municipal. Ainda que essa opção tenha contribuído para a melhoria do acesso e da cobertura às ações de saúde, muitas vezes a estratégia foi vista como uma política de focalização, uma espécie “cesta básica sanitária” destinada a atender os grupos mais carentes e desvalidos da população.

A saúde previdenciária

O atendimento especializado e hospitalar era realizado por instituições de caridade como as Irmandades e Santas Casas, até que foi viabilizado pelo Estado por meio da criação de Caixas e Institutos de Previdência e Assistência Social (CAPs e IAPs). Essas instituições cobriam principalmente os trabalhadores urbanos mais organizados e só passaram a ter relevância para as políticas de saúde devido às lutas do movimento trabalhista por mais direitos e benefícios. Criaram-se assim os serviços de assistência médica previdenciária.

A estruturação de subsistemas de saúde previdenciários tinha como um dos seus objetivos a prestação de assistência médica aos trabalhadores formais (com carteira assinada). No Brasil, a organização da assistência médica e hospitalar se iniciou com a Lei Eloy Chaves de 1923, que criou a Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários. Essas Caixas se expandiram e mais tarde deram lugar aos Institutos Previdenciários, organizados por categorias de trabalhadores: marítimos, bancários, industriários etc. Foram estes que deram origem a uma organização médico-hospitalar mais complexa, com a criação de ambulatórios e hospitais de grande porte a partir da década de 1950, especialmente nas grandes cidades brasileiras.

Quadro 1 – Evolução dos institutos de aposentadorias e pensões no Brasil

Sigla	Descrição	Criação
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos	1933
	Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Aeroviários	1934
	Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazéns	1934
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários	1934
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciais	1934
Iapi	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários	1936
Iapetc	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (ex-Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazéns)	1938
Ipase	Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado	1938
	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Operários Estivadores	1939
	Incorporou ao Instituto dos Empregados em Transportes e Cargas o da Estiva	1945
	Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos	1953
	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciais e facultou a filiação dos profissionais liberais como autônomos	1953
Funrural	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural	1963

Fonte: A era... (2000).

A saúde previdenciária desenvolveu-se de forma paralela à atuação do Ministério da Saúde, que tinha suas ações voltadas para a saúde pública, tanto nos moldes das campanhas quanto na organização dos Postos e Centros de Saúde. A estrutura organizacional dos hospitais e ambulatórios médicos do país estava ligada aos Institutos de Previdência. A rede de Santas Casas foi progressivamente associando-se ao atendimento dessa clientela, em paralelo ao atendimento aos pobres e indigentes.

Várias tentativas foram realizadas buscando uniformizar e unificar a previdência social. Em 1963 foi criado o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural. Com a uniformização da legislação previdenciária por meio da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), abriu-se o caminho para a sua unificação administrativa. Em 1966, por meio de um decreto do regime militar, os IAPs foram extintos, sendo as suas organizações e seus beneficiários incorporados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Em 1977 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, que estabeleceu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas). Desde então, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) passou a ser o responsável pelo atendimento médico a todos os empregados com carteira assinada no país.

Todos os hospitais e ambulatórios públicos, especialmente os Postos de Atendimento Médico (PAM), assim como as emergências ficaram sob a responsabilidade do Inamps. A separação entre prevenção e cura, atenção coletiva e individual, aliada ao baixo investimento do Ministério da Saúde, trouxe inúmeras repercussões e prejuízos à população, notadamente aos mais pobres, que não contavam com políticas de saúde que priorizassem a prevenção ou as condições mínimas de assistência.



Quadro 2 – Estrutura do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

Sigla	Órgão	Atribuição	Início	Extinto
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social	Benefícios previdenciários	1977	1990
lapas	Instituto de Administração Financeira da OS	Arrecadação e administração dos fundos da previdência	1977	1990
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da OS	Assistência Médica	1977	1993
Funabem	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor	Assistência ao Menor	1964	1995
LBA	Fundação Legião Brasileira de Assistência	Assistência Social	1942	1995
Ceme	Central de Medicamentos	Distribuição de medicamentos	1971	1997
Dataprev	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social	Processamento de dados	1991	-

Fonte: Eduardo (2000).

Para complementar o atendimento da rede pública, a previdência estabelecia convênios com hospitais filantrópicos, e clínicas privadas. Pode-se afirmar que a consolidação de um modelo assistencial privatizante foi fruto de uma série de medidas tomadas em diversas esferas. Além das facilidades de financiamento à construção de clínicas e hospitais privados, elevou-se o número de escolas de medicina com o objetivo de formar especialistas e criaram-se estímulos para a fixação no Brasil de indústrias de medicamentos e equipamentos médicos (CAVALCANTI, 1999). Essa estrutura montada especialmente na década de 1970 ficou conhecida como **Complexo Médico-Industrial**. Os custos dos serviços médicos, sempre financiados pela previdência social, aumentaram exponencialmente e diversas crises financeiras se sucederam.

Em 1981 foi criado o Conselho Nacional de Saúde Previdenciária (Conasp), que tinha como objetivo reorganizar a atenção médica, realocar os recursos e controlar custos. O Conasp foi um marco na transição do modelo centralizado. Havia nessa época um debate ideológico e de interesses muito intenso devido a sua composição: representantes de prestadores de serviços privados, sindicatos estaduais de hospitais, grupos de interesse da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares *versus* movimento sanitário (sindicatos médicos – Movimento de Renovação Médica (Reme), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Institutos de Saúde Coletiva e Departamentos de Medicina Preventiva, sindicatos de trabalhadores, associações de moradores, posteriormente os secretários municipais e estaduais de Saúde e integrantes de partidos políticos).

Em 1982, foi lançado o Plano Conasp, dando ênfase à Atenção Básica. O plano visava à integração e à priorização das organizações públicas de saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo em rede regionalizada e hierarquizada. Propôs também a criação de sistemas de referência e contrarreferência; a descentralização da administração dos recursos; a simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros com seu efetivo controle; e o estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos (BRASIL, 1982).

Complexo Médico-Industrial (CMI) tem sido utilizado, desde os anos 1980, no Brasil, para ressaltar as múltiplas e complexas inter-relações estabelecidas entre os diversos atores do setor Saúde e destes com os demais setores da economia. O CMI é um produto histórico e particular da evolução do sistema de saúde. É um estágio em que, devido à necessidade de reprodução dos capitais investidos, as práticas capitalistas privadas se tornam hegemônicas e determinantes das funções, papéis e relações de cada ator no interior do próprio sistema de saúde.



Para saber mais

Sobre Complexo Médico-Industrial, leia “Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-Industrial ao Médico-Financeiro”, de Cid Manso de Mello Vianna (2002).

As principais propostas do Plano Conasp foram:

- O projeto de racionalização da assistência ambulatorial Inamps/credenciados, na tentativa de hierarquização de consultas e serviços complementares ambulatoriais privados;
- O Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais) (GRIGÓRIO, 2002).



Para saber mais

Sobre o processo de descentralização proporcionado pelo programa de Ações Integradas de Saúde leia: “História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária”, de Sarah Escorel (2009).

Sobre a VIII Conferência Nacional de Saúde e as principais diretrizes que constituem o Sistema Único de Saúde, leia o Capítulo 2 deste mesmo livro.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram importantes para a descentralização da saúde. Nessa época, convênios com estados e municípios para a criação de redes de saúde locais e a oferta de ações básicas de saúde foram estabelecidos. Foram ainda criadas instâncias de participação dos vários segmentos sociais para a definição das necessidades de saúde, para o encaminhamento de soluções e para a avaliação da assistência prestada. Vários municípios assinaram os convênios das AIS e passaram a construir suas redes básicas de saúde. O número de municípios conveniados ultrapassou os 2.500, alcançando uma cobertura de 90% da população. Aos antigos Centros e Postos de Saúde, que tradicionalmente estavam localizados em pontos centrais das cidades, agregaram-se outros milhares de unidades básicas para prestar a Atenção Básica, desta vez nas periferias, em comunidades sem assistência à saúde.

Já em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que apontava para a necessidade de se ampliar o conceito de saúde. A VIII CNS representou o marco que estabeleceu as principais diretrizes que constituíram o SUS. Assim consagrou-se na Constituição brasileira que a saúde compreende não só o acesso aos serviços assistenciais, mas também a garantia de condições de alimentação, habitação, saneamento, emprego, renda, educação.

No final da década de 1980, o processo de redemocratização do país aumentou a mobilização por mudanças no setor Saúde. A Reforma Sanitária foi a palavra de ordem. Ampliou-se o conceito de saúde, que não foi mais definida como uma condição meramente dependente da assistência médica, mas entendida como um conjunto de direitos ligados a condições dignas de vida, como alimentação, habitação, educação, lazer etc. A VIII CNS tornou-se o ápice do movimento político por mudanças que preconizava o fim da dicotomia entre a assistência médica e hospitalar da previdência social e a saúde pública, voltada para a prevenção e a promoção da saúde da população.

A concepção de saúde, como um direito de cidadania e dever do Estado, passou a ser uma das bandeiras do movimento de redemocratização do país. A Constituição Brasileira, em 1988, consagrou esse princípio. É importante lembrar que esse conceito de saúde como direito surgiu muito antes, após a II Guerra Mundial nos países europeus assolados pela guerra. Países como a Inglaterra implantaram uma assistência universal e gratuita por meio dos médicos gerais, constituindo um Sistema Nacional de Saúde. Esse sistema foi capaz de prover assistência médica e sanitária a todos os cidadãos e contribuiu para fortalecer a ideia do papel dos países na formulação e implementação de políticas de saúde como parte integrante das políticas sociais.

A ampliação do conceito de saúde, vista não só como ausência de doenças, mas principalmente como uma resultante de um conjunto de condições necessárias à elevação da qualidade de vida e ao bem-estar da população, levou alguns países, como o Canadá, a mudanças de enfoque e de prioridades. O Brasil, por ter adotado inicialmente o modelo norte-americano de sistema de saúde, com características privatizantes, só modificou a sua política, tornando a saúde um bem público, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988.

Por fim, apresentamos no Quadro 3 uma síntese das principais ideias e dos conceitos-chave trabalhados neste capítulo, com a evolução histórica dos modelos de organização do setor Saúde que antecederam a criação do Sistema Único de Saúde. No primeiro período, temos a hegemonia das ações de saúde pública, com o surgimento de uma rede básica e um trabalho voltado para a prevenção no território. A assistência hospitalar era ainda incipiente, com um predomínio das ações filantrópicas. O período seguinte marca uma expansão não só da rede básica de Centros de Saúde, como da estrutura médico-previdenciária. O eixo prioritário da ação pública desloca-se gradualmente para a assistência hospitalar e especializada. O terceiro período é marcado pelo aprofundamento da dicotomia saúde pública e previdência social. O progressivo acúmulo de capital no setor estava garantido pela demanda de exames, procedimentos, medicamentos e tratamentos especializados, contratados por uma previdência centralizada e unificada. Esse modelo de acumulação entra em crise e gera uma série de reformas que resgata a ideia da promoção e da prevenção, da rede básica e do direito universal pela saúde. O setor privado se fortalece via atendimento hospitalar e especializado às camadas mais abastadas da sociedade.

Quadro 3 – Evolução histórica dos modelos de organização do setor Saúde

Anos	Saúde pública	Saúde previdenciária
1927 – 1939	• Educação Sanitária • Unidades de Saúde Pública, prevenção e controle dos domicílios • Distrito Sanitário, organização sanitária para o ambiente urbano • Sem assistência médica individual	• Início das caixas de aposentarias e pensões • Setor privado: prática liberal da medicina • Assistência hospitalar filantrópica, fragmentada, incipiente e de baixa efetividade
1940 – 1959	• Campanhas e serviços nacionais • Expansão da atuação do DNS para os estados • Verticalização e especialização das ações • Interiorização e monitoramento • Rede básica permanente para as grandes e médias cidades • Expansão da formação de sanitaristas	• Forte expansão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões • Construção dos grandes hospitais previdenciários

Quadro 3 – Evolução histórica dos modelos de organização do setor Saúde (cont.)

Anos	Saúde pública	Saúde previdenciária
1960 – 1978	• Prevenção por meio de exames periódicos • Ampliação dos programas de imunização • Doenças infecciosas predominam • Programação em saúde e imunizações	• Apogeu da medicina previdenciária • Unificação da previdência/INPS • Especialização clínica e medicina hospitalar • Atendimento médico individual hospitalar curativo ou ambulatorial especializado
1979 – 1988	• Alma-Ata/Atenção Primária à Saúde • Expansão de unidades básicas • Ações coletivas sobre o consumidor atomizado • Pacote de ações de alto índice • Custo/efetividade geralmente voltado para populações excluídas • Participação comunitária • Constituição da equipe de saúde, ênfase no pessoal de nível médio e elementar • Programas de Saúde Integral, maior integração médica e sanitária (clínica e epidemiologia) • Mudança da morbidade: DCD, envelhecimento	• Crise do sistema previdenciário e sanitário • Falência do modelo previdenciário/Plano Conasp • Exclusão social e desigualdade • Redemocratização. Experiências inovadoras locais • Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – Suds • Maior ênfase à assistência básica ambulatorial • Ações Integradas de Saúde • Reforma Sanitária • Universalização excludente, crescimento do setor privado

Considerações finais

Os antecedentes do SUS aqui apresentados foram abordados de forma a facilitar o entendimento do tema que irá ser exposto a seguir, qual seja a conformação atual do SUS, e os princípios que norteiam a organização da Atenção Básica, incluindo as lógicas e as propostas do modelo assistencial vigente. A Atenção Básica é hoje a estratégia de reorganização do Sistema de Saúde no Brasil e sua atuação tem alcançado o reconhecimento de importantes seguimentos da comunidade científica e sanitária internacionais. Na medida em que novos e importantes atores vem se agregando a essa nova filosofia, os temas aqui abordados têm em vista a perspectiva de atuação de futuros profissionais no espaço da Atenção Básica, objetivo primordial deste curso.

Referências

BARRETO, J. B. A organização da saúde pública no Brasil. *Arquivos de Higiene*, Rio de Janeiro, ano 12, n.2, p. 169-215, ago. 1942.

BARRETO, J. B.; FONTENELLE, J. P. O systema de centros de saúde no Rio de Janeiro. *Archivos de Hygiene*, Rio de Janeiro, ano 5, n. 1, p. 83-115, 1935.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes: Hucitec, 1981.

CAMPOS, C. E. A. *Centros municipais de saúde do Rio de Janeiro: reconstrução da trajetória de uma organização sanitária, 1927-1997*. 1999. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 131-147, jul./set. 2006.

CAVALCANTI, M. L. *O Sistema de Saúde Brasileiro*. 1999. Mimeografado.

CHAGAS FILHO, C. *Meu pai*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1993.

DISTRITOS sanitários: concepção e organização, 4: processo de regionalização/distritalização: sistemas locais de saúde, silos/distritos sanitários, DS. In: SAÚDE & cidadania. São Paulo: Programa de Apoio Comunitário, [2010?]. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_01/04.html>. Acesso em: 18 ago. 2012.

EDUARDO, I. R. *Aula 13: origem e evolução legislativa da previdência social no Brasil*. [S.l.]: Vemconcursos, [2000?]. Disponível em: <http://www.vemconcursos.com/arquivos/aulas/Italo_Romano_Aula13.pdf>. Acesso em: nov. 2012.

A ERA Vargas: dos anos 20 a 1945. Rio de Janeiro: FGV, [2000?]. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas/1/anos30-37/PoliticaSocial/IAP>>. Acesso em: nov. 2012.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

FARIA, L. R. Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a Fundação Rockefeller (1915-1920). *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 109-130, 1995.

FRAGA, C. Introdução ao relatório dos serviços do Departamento Nacional de Saúde Pública. *Archivos de Hygiene*, Rio de Janeiro, ano 2, n. 1, p. 221-224, 1928.

FRANCO, T. B. *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)*. 1996. Disponível em: <http://www.uff.br/pgs2/textos/Acolhimento_e_processos_de_trabalho_-_Prof_Dr_Tulio_Franco.pdf>. Acesso em mar. 2013.

FRANCO, T. B. *Processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde*. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Campinas, Campinas, 1999.

FRANCO, T. B. *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade de Campinas, Campinas, 2003.

GENTILE, M. *Promoção da saúde e município saudável*. São Paulo: Vivere, 2001.

GRIGÓRIO, D. A. *Teses e dissertações em saúde pública e portarias do Ministério da Saúde: estudos de uma década sob a ótica do DECS*. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

IBGE. *Estatísticas da saúde*: assistência médico-sanitária, 2002. Rio de Janeiro, 2002.

LOPES, J. *Cabeça de porco*. Rio de Janeiro: Italiamiga, [2011?]. Disponível em: <http://www.italiamiga.com.br/noticias/artigos/cabeça_de_porco.htm>. Acesso em: nov. 2012.

MERHY, E. E. *Crise do modo de se produzir saúde*: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil. 1996. Campinas, ago. 1997.

MOREIRA, M. C. N. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. *História, Ciências, Saúde*: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 621-645, nov. 1998/fev. 1999.

PONTES, C. F.; FALLEIROS, I (Org.). *Na corda bamba de sombrinha*: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/comunicacao/index.php?option=com_content&view=article&id=204>. Acesso em: nov. 2012.

REVISTA PAN-AMAZÔNICA DE SAÚDE, Ananindeua, v. 2, n. 1, mar. 2011.

SANTOS, L. A. C.; FARIA, L. R. *Arquivo Rockefeller*: banco de dados, 1920-1925. Rio de Janeiro: Instituto Moreira Salles, 1996. (Série Estudos de saúde coletiva, 143).

THIELEN, E. V.; SANTOS, R. A. Belisário Penna: notas fotobiográficas. *História, Ciências, Saúde*: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 387-404, maio/ago. 2002.

UNICEF. *Cuidados primários de saúde*: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Brasília, DF, 1979.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.

VIANNA, C. M. M. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-390, 2002.

Sites consultados

<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/PoliticaSocial/IAP>

<http://www.google.com.br/imgres?q=clinicas+privadas+de+sa%C3%BAd&um=1&hl=pt->

http://www.vemconcursos.com/arquivos/aulas/Italo_Romano_Aula13.pdf

http://www1.previdencia.gov.br/pg_secundarias/previdencia_social_12_04-B.asp

2. O Sistema Único de Saúde (SUS)

*Carlos Eduardo Aguilera Campos, Kathleen Oliveira,
Marta Maria Antonieta de Souza Santos e Mirian Ribeiro Baião*

Sistema de saúde pode ser definido como um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade. Os sistemas de saúde como os conhecemos hoje – estruturas orgânicas públicas e privadas de atenção à saúde – são recentes na história e só se consolidaram como tal em meados do século XX.

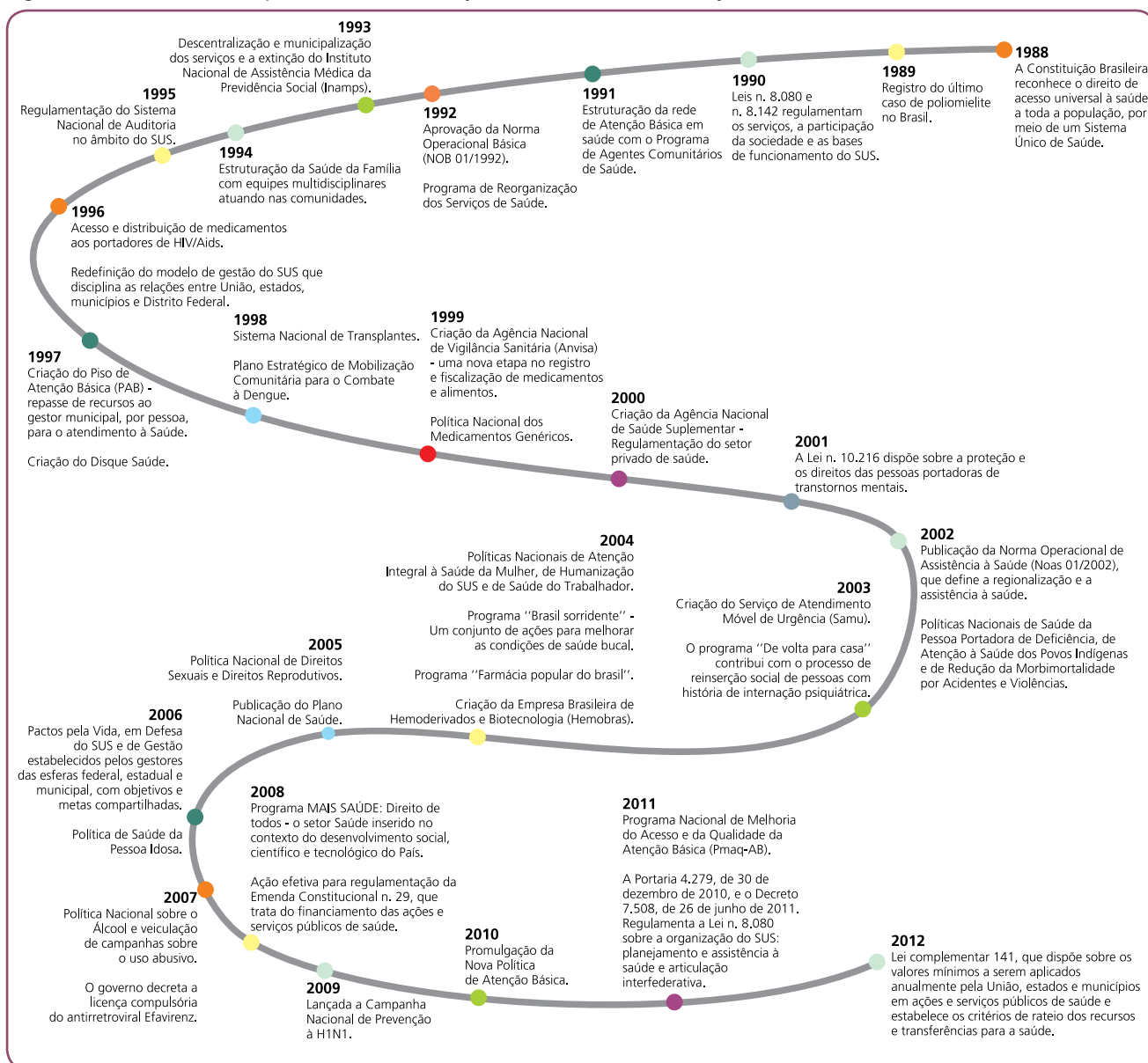
Foi da década de 1950 a criação da maioria dos órgãos responsáveis pela organização e coordenação das ações de saúde. A organização e a implantação desses órgãos têm relação com o crescimento da participação dos Estados no controle dos diversos mecanismos que afetam a saúde e o bem-estar das populações e comprometem o desenvolvimento das nações. Assim, os Estados foram consolidando estruturas que garantem a oferta direta de serviços de prevenção de doenças, de cura e reabilitação, incluindo o controle e a definição de regras para a produção de alimentos, medicamentos, equipamentos, proteção do meio ambiente etc. (LOBATO; GIOVANELLA, 2009).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) está definido constitucionalmente, contando com um arcabouço jurídico institucional que rege o funcionamento das ações e serviços de saúde no território nacional com uma estrutura política e administrativa que prevê a gestão compartilhada entre as unidades da federação. Prevê o direito à saúde por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção e controle de doenças e a prestação de serviços assistenciais.



Para coordenar e integrar essas múltiplas tarefas o sistema é composto por organizações que devem trabalhar em redes. As mais importantes são o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e secretarias municipais de Saúde. Portanto, o sistema de saúde reúne todos os estabelecimentos vinculados a essas organizações, tanto os serviços públicos quanto privados, sejam eles dirigidos à população como um todo ou voltados para grupos específicos ou para ações que visem ao meio ambiente ou à coletividade. A Figura 1 apresenta os principais fatos que marcaram sua trajetória desde a criação do SUS.

Figura 1 – Fatos relevantes que marcaram a evolução do SUS desde a sua criação em 1988



Fonte: Brasil (2008).

Para refletir

Você vivenciou alguma das etapas descritas na Figura 1? Como foi esse processo para você? Procure saber como os seus colegas de trabalho vivenciaram esses fatos marcantes apontados pela linha do tempo.

O Sistema Único de Saúde é a definição constitucional, no Brasil, de como deve ser organizada a saúde. Está explícito o termo *único* porque considera a saúde como um bem de relevância pública e, portanto, de responsabilidade do Estado. Além disso, define-se único porque não admite a dicotomia e a superposição de organizações a lidar, de forma paralela e descoordenada, com suas funções preventivas e curativas, seja nos níveis federal, estadual e municipal ou nos sub-setores público e privado.

Marcos legais

O SUS está instituído na Constituição Federal de 1988 em seu Capítulo V. Neste estão explicitados o conceito ampliado de saúde, a saúde como direito de cidadania e os princípios doutrinários e organizativos que devem nortear o seu funcionamento.

As Leis Orgânicas da Saúde (LOS), quais sejam, a Lei 8.080 (BRASIL, 1990a) e a Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), são as legislações que dão os contornos principais de como o SUS se organiza e quais são os mecanismos legais para a garantia de cumprimento dos seus princípios. Sua leitura é obrigatória, já que ali estão os fundamentos e os critérios a nortear e garantir a universalidade, a equidade, os mecanismos para o cumprimento da integralidade e da descentralização. A Lei 8.142 foi editada para suprimir vetos realizados pelo Presidente da República à época e restituir os parâmetros para o financiamento e o controle social no SUS. Assim, essa nova lei é uma complementação no que se refere aos dois aspectos citados. Abaixo estão descritas algumas das principais diretrizes inscritas nessas leis.

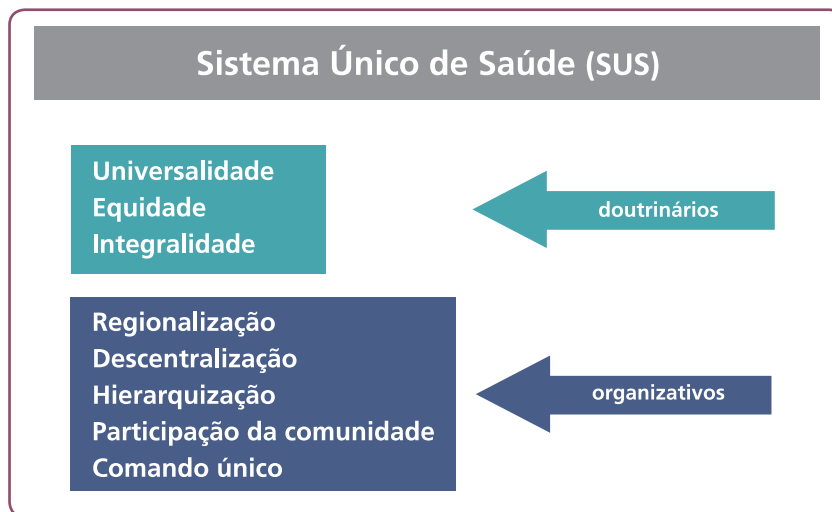
Quadro 1 – Marco legal: o que dispõe

Constituição Federal – Art. 196 a 200	Direito social/ações e serviços/relevância pública/rede regionalizada e hierarquizada/recursos mínimos/iniciativa privada/competência
Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências
Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros
2011 – A Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, e o Decreto 7.508, de 26 de junho de 2011	Regulamenta a Lei n. 8.080 para dispor sobre a organização SUS: planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa

Os princípios do SUS

O arcabouço constitucional trata dos fundamentos a nortear a organização do SUS. Toda a legislação, como as leis e os decretos, busca estabelecer as regras do seu funcionamento e operacionalização. Na figura abaixo estão destacados os princípios e as diretrizes principais.

Figura 2 – Os princípios do SUS



Fonte: Adaptado de Cunha; Cunha (1998).

Princípios doutrinários

São os mais fundamentais, que têm um cunho mais político e ideológico. São chamados também de princípios pétreos, porque exprimem aqueles valores mais fundamentais e permanentes do sistema de saúde:

- **Universalidade** – Direito de todo e qualquer cidadão à saúde, independente de seu vínculo ao mercado de trabalho, à sua condição de renda, idade, raça, gênero etc. Este princípio foi importante para a mudança da ótica antes existente, que privilegiava os trabalhadores com carteira assinada, e deu uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais.
- **Equidade** – Dar prioridade e implementar uma política de saúde que diminua as desigualdades no acesso à saúde entre os moradores rurais e urbanos, entre as regiões do país, entre as classes sociais, entre grupos como idosos, mulheres, crianças etc. Para que este princípio possa ser plenamente atingido é necessário investir mais nas regiões menos assistidas e privilegiar os grupos com menor acesso e maior risco de adoecer.

- **Integralidade** – Em primeiro lugar prevê-se neste conceito que, de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação – segundo a dinâmica do processo saúde–doença. Tem também um sentido de garantia de acesso e utilização dos serviços em todos os níveis do sistema. Pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde.

Princípios organizativos

Os princípios organizativos são também muito importantes para o SUS e estabelecem as linhas gerais do funcionamento e operacionalização do sistema. São eles:

- **Participação da comunidade** – Implica o direito à representação da população nos diversos níveis de decisão do SUS. São garantidos por meio da participação em Conselhos de Saúde, com um percentual de 50% (cinquenta por cento) de representantes dos destinados aos usuários do SUS. Também as Conferências de Saúde têm um papel estratégico neste princípio, por permitir a formulação e avaliar as políticas e ações de saúde implementadas no SUS.
- **Descentralização** – Progressivo envolvimento e responsabilidade dos poderes locais via municipalização da saúde. Esta significou uma primazia da gestão da saúde pelas secretarias municipais de Saúde.
- **Hierarquização** – Definição dos serviços por níveis de atenção, que correspondem à frequência dos problemas de saúde apresentados. Assim o nível primário deve atender à maioria dos problemas de saúde, complementado pela assistência de nível secundário e, em menor frequência de casos, pelo atendimento do nível terciário.
- **Regionalização** – Refere-se à distribuição dos serviços, de modo a torná-los acessíveis a todos os cidadãos no território onde habitam. Este princípio exige a construção de redes de saúde para o atendimento às inúmeras demandas e necessidades dos cidadãos, de forma a adequá-las em quantidade de serviços. Um sistema de vigilância é necessário para a identificação dos problemas em cada região.
- **Comando único** – As três esferas de governo mantêm responsabilidades na condução da política de saúde e das ações de saúde. Estas, porém, devem ser pactuadas, compartilhadas e, para cada tarefa, deve ser definido qual dos níveis tem a responsabilidade pelo seu cumprimento e a coordenação das ações, que devem estar integradas, com comando e responsabilidade definidos e complementarem-se umas às outras.

Agora, vamos conhecer e aprofundar aspectos de alguns dos princípios organizativos do SUS, com vistas à compreensão mais acurada da atual organização do sistema de saúde brasileiro.

A participação da comunidade

Conferências de saúde e gestão participativa

Dentro do princípio Participação da Comunidade, que diz respeito ao controle social, estão previstos para a participação da gestão do SUS, além dos Conselhos de Saúde, as **Conferências de Saúde**, que são momentos privilegiados de encontros periódicos para a discussão dos rumos da saúde em cada esfera de governo.

As Conferências são fóruns em que a sociedade civil participa, discute e aponta soluções para os problemas que envolvem a saúde da população brasileira.

As conferências devem revestir-se de um sentido mais político; os diversos segmentos se reúnem para discutir os grandes problemas e as prioridades. Os Conselhos de Saúde têm por tarefa identificar as necessidades, propor ações e acompanhar a execução da política no que tange ao cumprimento das prioridades.

As Conferências de Saúde iniciaram-se há 76 anos, cumprindo o disposto no parágrafo único do artigo 90 da Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937. A Lei n. 8.142, de 1990, as consagrou como instâncias colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais, com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional. Ficou estabelecida uma periodicidade de quatro anos para a sua realização e devem contar, necessariamente, com a participação dos movimentos sociais organizados, das entidades ligadas à área da saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços de saúde.

Convocadas pelo poder executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho Nacional de Saúde, as conferências têm como objetivos principais avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão. Isso significa dizer que as deliberações das conferências devem servir para orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nos âmbitos estaduais, municipais e nacional.

A cada nova conferência tem sido observado um aumento importante da participação da sociedade civil, fenômeno que garante a definição de políticas de saúde cada vez mais democráticas. As conferências são fóruns privilegiados que a sociedade civil possui para discutir e apontar soluções para os problemas que envolvem a saúde da população brasileira. ►

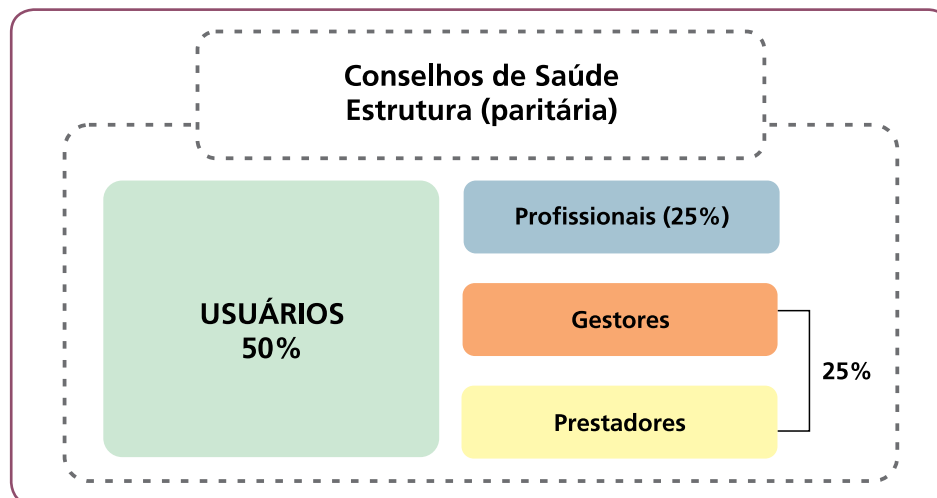
A importância da 8ª CNS reside no fato de ter sido um importante canal de participação em um período de redemocratização do país e para garantir que as teses da Reforma Sanitária fossem inscritas na Constituição brasileira.



Fonte: Brasil (2007).

No esquema da figura abaixo se pode visualizar o tipo e a proporcionalidade da composição dos conselhos e conferências de saúde. São eles quadripartites, uma vez que quatro tipos de representação estão garantidas. Também são paritários, já que garantem à comunidade, isto é, os usuários do SUS, 50% dos assentos nos conselhos e conferências.

Figura 3 – Forma de participação dos diversos segmentos nos Conselhos de Saúde



Os Conselhos de Saúde devem registrar em ata e referendar os compromissos assumidos pelos gestores municipais. Dessa forma existe uma maior transparência das ações do governo no setor e são pactuadas metas.

Em seguida, os pleitos municipais, submetidos à instância estadual, são analisados e aprovados na Comissão Intergestora Bipartite, a reunir o conselho de gestores municipais e a secretaria de Saúde do estado. O mesmo processo se dá em nível federal, na Comissão Intergestora Tripartite.

As metas pactuadas incluem a redução da mortalidade por inúmeras doenças, o aumento de cobertura de exames preventivos, a implantação de serviços de saúde da família, vigilância epidemiológica e ambiental ou de assistência hospitalar, o atendimento a determinados grupos-alvos, como recém-natos, gestantes etc.

A cada ano são avaliados os compromissos assumidos e os indicadores alcançados, para então serem repactuadas novas metas de cobertura e desempenho dos sistemas municipais de saúde. Esses municípios passam, então, a ter o direito a receber os recursos do Piso de Atenção Básica e da Programação Pactuada e Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças.

O trabalho em Atenção Básica tem crescido substancialmente desde a década de 80 do século XX. A quase totalidade de municípios brasileiros assinou pactos e acordos com o objetivo de atender às necessidades básicas da população brasileira e ao alcance de metas relacionadas aos programas de saúde.

Como já mencionado, ao invés de se firmarem convênios com municípios para a produção de consultas, exames ou internações, repassam-se recursos, fundo a fundo, mediante a assinatura de um pacto. Segundo esse pacto várias metas de desempenho do sistema municipal serão avaliadas por meio da análise da melhoria de indicadores relacionados, direta ou indiretamente, à estrutura, ao processo ou ao resultado das ações de saúde, geralmente voltados para a saúde coletiva.

Descentralização

O SUS atribui aos municípios a principal função como executor da política de saúde. Entre as vantagens da descentralização do sistema de saúde estão:

- maior proximidade com os problemas de saúde locais;
- uso mais eficiente dos recursos;
- mais transparência;
- maior participação da comunidade no acompanhamento e no controle dos serviços oferecidos;
- melhor integração com outras áreas sociais.

No processo de descentralização preconizado pelo SUS, seus gestores, assim como as instâncias de controle social, buscaram aprimorar e tornar mais eficientes os mecanismos estabelecidos para garantir a **regionalização**. Nestes estão incluídos: o fortalecimento da capacidade de gestão segundo a fixação de diversos requisitos; prerrogativas e responsabilidades definidoras dos critérios de habilitação de estados e municípios em diversos níveis de autonomia; e responsabilidade com relação às ações de saúde e prestação de serviços.

Combinada com a participação social organizada, a descentralização promove mudanças importantes nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade e entre as distintas esferas de governo. Isso porque envolve o compartilhamento, entre os governos nacional, estadual e municipal, da gestão, das responsabilidades, do poder e dos recursos existentes.

Hierarquização

A hierarquização refere-se à organização dos serviços pela sua complexidade, desde o que se chama de Atenção Básica (ou o nível primário), passando pela atenção de média complexidade (nível secundário) ao de alta complexidade (nível terciário). Tradicionalmente os níveis hierárquicos do sistema de saúde eram representados como uma pirâmide, dando não só a ideia de um fluxo ascendente, como também expressando uma proporcionalidade de demandas a esses três níveis.

A representação piramidal tem porém limitações para expressar o que, de fato, ocorre entre os diversos níveis. O que se constata muitas vezes é a não linearidade e a uniformidade de utilização e fluxo entre os níveis, havendo muito mais do que um caminho ascendente e contínuo de “baixo” (a atenção primária) para “cima” (a atenção secundária e terciária).

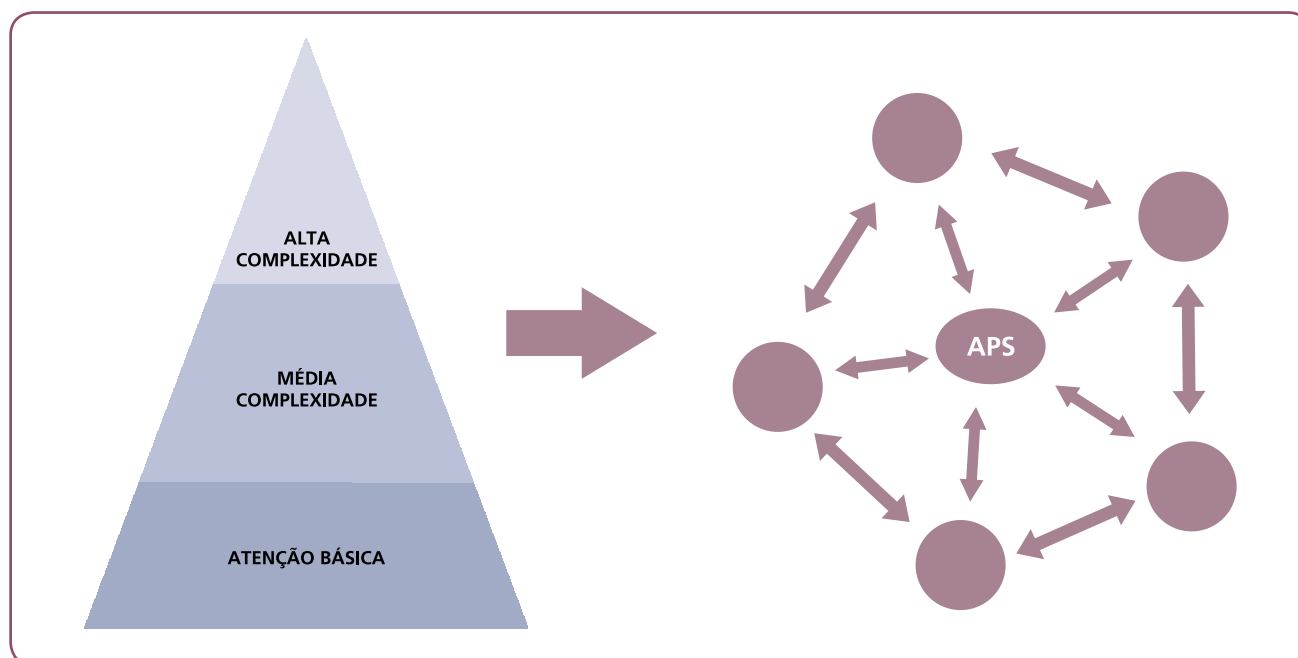
A representação em “rede”, tal qual está descrito na Figura 4, aponta para esse sentido dinâmico e multifocal da passagem dos usuários pelo sistema. Há porém um sentido obrigatório e importantíssimo nessa segunda representação: a Atenção Básica como centro de tal movimento entre as demandas e a utilização dos serviços. O sistema funciona então com a centralidade e a referência na Atenção Básica, que deve coordenar a utilização nos demais níveis do sistema de saúde.



Ao longo deste capítulo você vai se deparar com os termos Atenção Primária, Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB), todos referindo-se ao mesmo nível de atenção no setor Saúde. No item seguinte você poderá entender mais sobre esses termos.

Não existe um grau de importância entre os serviços ofertados em cada nível de atenção. As relações entre os pontos de atenção à saúde são horizontais e a Atenção Básica é a instância coordenadora do cuidado, já que se caracteriza como a referência do indivíduo, da família e da comunidade.

Figura 4 – Representação da hierarquização do sistema segundo a lógica piramidal e a de redes



Fonte: Mendes (2011).

Importante destacar que a ideia de hierarquia traz a concepção de portas de entrada para o sistema de saúde. Nesse sentido, coloca a Atenção Básica como o centro desse sistema e principal porta de entrada dos indivíduos e famílias, bem como a ordenadora do sistema, ou seja, ela vai dar “ordem”, criar demanda para todas as ações e os serviços localizados nos demais níveis de assistência.

Mas é nos Postos de Saúde, Centros de Saúde e nas Unidades de Saúde da Família que se espera uma resolutividade da maioria dos problemas de saúde, como também a execução de atividades de promoção e prevenção. Por estarem próximas às comunidades locais, são unidades que contam com a participação e a mobilização comunitária como estratégias importantes de ação. Além disso, buscam na educação em saúde promover a consciência sanitária dos cidadãos. Sempre haverá a possibilidade do ingresso ao sistema por meio de outras portas de entrada que são as urgências – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) –, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), as maternidades etc. Isso deve ser sempre considerado para que os serviços de Atenção Básica possam conhecer esses passos do indivíduo.

A atenção secundária e a terciária são constituídas por unidades ambulatoriais com especialidades, Centros de Saúde de maior porte, hospi-

tais gerais e hospitais de referência para procedimentos de alta concentração tecnológica. Esses serviços, considerados de referência, bem como as emergências e os serviços de apoio diagnóstico, devem ter uma distribuição regionalizada.

Considerando que no Brasil 70% dos 5.566 municípios têm menos de 20 mil habitantes, é importante a constituição de consórcios municipais ou planos de regionalização a atuarem solidariamente na oferta de serviços mais complexos. Os indivíduos não devem permanecer, de forma estanque, nos níveis secundários e terciários, mesmo que tenham alguma condição momentânea ou permanente que justifique a sua ida ao nível secundário ou terciário. Deve-se, ao contrário, acompanhar e referir todos ao nível primário, que assim busca assegurar que as ações integrais de saúde sejam disponibilizadas a todos. A atenção secundária é constituída por unidades ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais, incluindo a maternidade. Já o nível terciário é constituído por hospitais de referência para procedimentos de alta concentração tecnológica (centros oncológicos, de transplantes, de cirurgias que envolvam a implantação de órteses e próteses etc.).

Regionalização

O SUS é um sistema organizado pela integração dos serviços de saúde dos entes federativos, organizados em redes de atenção à saúde. Assim, quando falamos de regionalização, estamos nos reportando à ideia de Região de Saúde, compreendida como:

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e de serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

Quando falamos da conformação das regiões de saúde, estamos também nos referindo ao fortalecimento do papel do nível estadual, uma vez que é de responsabilidade dos estados-membros, composta por municípios limítrofes, definir as regiões de saúde. Para tanto, foram definidos alguns critérios mínimos de ações e serviços que uma região deverá ter, a saber:

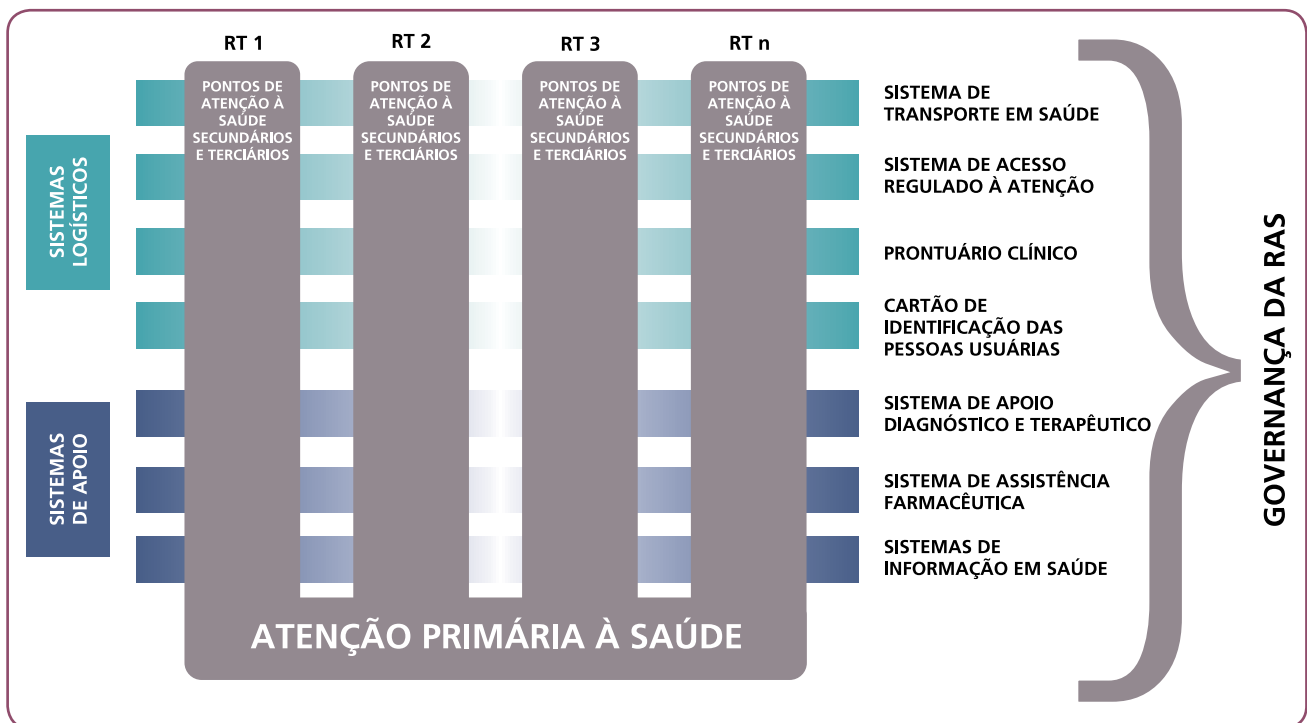
- Atenção Básica à Saúde;
- Urgência e emergência;
- Atenção psicossocial;
- Atenção ambulatorial especializada e hospitalar;

- Vigilância em saúde (sanitária, epidemiológica, nutricional, ambiental e saúde do trabalhador).

Nessa conformação, o propósito é que o princípio da integralidade da atenção à saúde seja alcançado dentro de cada região e que, em alguns poucos casos, exista a necessidade de um sistema de referência de uma região para outra. Além disso, um sistema de vigilância da saúde que ofereça informações sobre os determinantes do processo saúde–doença, sobre os riscos ambientais, sanitários e epidemiológicos irá orientar a elaboração de políticas públicas e de saúde adequadas à melhoria da qualidade de vida nas distintas regiões do país.

As redes de atenção à saúde devem atender às inúmeras demandas e necessidades dos cidadãos. Assim, elas têm que estar adequadas em quantidade de serviços disponíveis e voltadas para os problemas identificados na realidade local e regional.

Figura 5 – A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



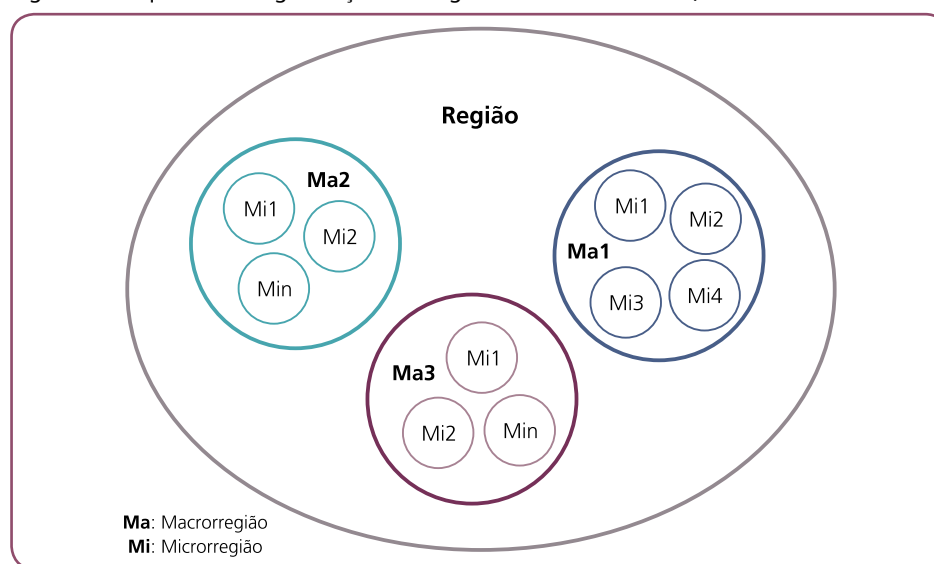
Fonte: Mendes (2011).

Nas regiões de saúde, é necessário que haja a suficiência em serviços especializados, que podem ser organizados em um ou mais municípios de acordo com o arranjo e o pacto que se estabeleça entre eles.

As macrorregiões de saúde são referências para aqueles serviços especializados de maior densidade tecnológica. Estão geralmente localizadas nas capitais dos estados ou em municípios-polo, sendo muitas delas de responsabilidade dos governos estaduais, hospitais universitários etc.

Para se definir cada um desses espaços-territórios, estão previstas as Comissões Intergestores Regionais, que são fóruns de decisão por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutive (BRASIL, 2006).

Figura 6 – Esquema da organização das regiões e fóruns na CRS-1, SMS-SP



Fonte: Spedo et al. (2010).

Redes de atenção à saúde

As redes de atenção à saúde (RAS) estão previstas no Pacto da Saúde 2006. Foram definidas como arranjos organizativos de unidades e ações de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas logísticos e de apoio. Dessa forma, o Pacto pela Saúde propõe que no território municipal se desenvolvam todas as ações e serviços de Atenção Básica à Saúde e ações básicas de vigilância em saúde nas microrregiões. **A Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, e o Decreto 7508, de 26 de junho de 2011, detalharam as suas funções e estabeleceram as diretrizes para a sua organização:**

- I. Fortalecer a Atenção Básica para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção. ►

- II. Fortalecer o papel dos Colegiados de Gestão Regionais no processo de governança das redes de atenção à saúde.
- III. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e o acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde.
- IV. Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS.
- V. Implementar o Sistema de Planejamento da RAS.
- VI. Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS.
- VII. Garantir o financiamento do Sistema na perspectiva da RAS: definir os mecanismos de alocação dos recursos de custeio e investimento para a implementação da RAS. ■

Pode-se entender o papel de uma rede organizada não só como um conjunto de unidades de vários níveis e inter-relacionadas. As **linhas de cuidado** são uma proposta de provimento de serviços e uma integração da assistência a partir do papel que cada uma pode desempenhar para a Gestão da Clínica de um conjunto de indivíduos com demandas e necessidades comuns. Assim, pensando a partir dessa lógica, analisa-se como os recursos existentes no sistema podem conformar o cuidado integral para grupos de usuários: gestantes, portadores de diabetes, tuberculose etc.

A linha de cuidado deve ser pensada desde a entrada dos beneficiários no sistema por meio de serviços de urgência, de clínicas ou de consultórios, de centros de Atenção Básica, até os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de especialidades e hospitalares, entre tantos outros possíveis. Todos os pontos do cuidado devem cumprir a sua parte.

A consecução da linha de cuidado pressupõe uma eficaz, eficiente e efetiva rede de ações e de serviços, com profissionais suficientes, competentes e qualificados para dar-lhe cumprimento, além de recursos compatíveis com a ideia de integralidade e de humanização do cuidado. Daí a necessidade formativa de profissionais. A linha de cuidado operacionaliza os conceitos de responsabilidade sanitária, responsabilidade social, responsabilidade profissional e responsabilidade ética.



Na sua construção, torna-se imperativo identificar os diversos atores que controlam os recursos, sendo que eles deverão formar um comitê gestor, do qual participarão as pessoas com função de organizar a linha de cuidado e fazer funcionar os fluxos assistenciais. O comitê deverá produzir a necessária pactuação para que a linha do cuidado funcione. Rompe-se com a fragmentação da atenção às necessidades sociais de cuidado dos usuários. Essa fragmentação corresponde à não responsabilização, ao não comprometimento de profissionais, de profissões e de instituições com aquelas necessidades, individuais ou coletivas. Com a linha de cuidado intenciona-se romper com ações e serviços de saúde centrados em procedimentos, tarefas e atos desconexos, compartimentados, fragmentados.

Exemplos de organização de linhas de cuidado

- a) Linha de cuidado: Saúde materno-infantil (integrando os fluxos e protocolos assistenciais específicos das seguintes áreas técnicas: promoção da saúde, nutrição, ESF, imunização, controle da hipertensão e diabetes, saúde bucal, vigilância epidemiológica – agravos agudos transmissíveis, assistência farmacêutica, violência, controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/Aids), saúde mental, regulação e gestão do sistema).



Para saber mais

Recentemente o Ministério da Saúde propôs quatro redes de atenção que se aproximam à proposta das linhas de cuidado. Para se aprofundar no tema, consulte as seguintes referências:

- Rede Cegonha
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082
- Rede de Urgência e Emergência
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/urgencia_300511.pdf
- Rede de Atenção em Saúde Mental
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2g_020811.pdf
- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2a_160212.pdf

- b) Linha de cuidado: Agravos não transmissíveis (integrando os fluxos e protocolos assistenciais específicos das seguintes áreas técnicas: promoção da saúde, nutrição, ESF, controle da hipertensão e diabetes, saúde bucal, assistência farmacêutica, violência, saúde mental, saúde do trabalhador, fisioterapia, saúde do idoso, regulação e gestão do sistema).
- c) Linha de cuidado: Agravos transmissíveis (integrando os fluxos e protocolos assistenciais específicos das seguintes áreas técnicas: promoção da saúde, nutrição, ESF, saúde bucal, controle das DST/Aids, controle da tuberculose, controle da hanseníase, imunização, vigilância epidemiológica [agravos agudos], assistência farmacêutica, saúde mental, saúde do trabalhador, fisioterapia, saúde do idoso, regulação e gestão do sistema).

Comando único

O caráter de sistema de saúde único implica abarcar tanto a oferta pública como a privada dos serviços de saúde. Para melhor compreensão, observe o que a Norma Operacional Básica do SUS (NOB) 01/1996 (BRASIL, 1996) adota como conceito de gestão e de gerência, respectivamente:

- **Gestão:** “a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”.
- **Gerência:** “a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatorio, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema”.

A partir dessas definições, notamos que comandar o sistema de saúde é bastante distinto de gerir/administrar uma unidade de saúde. A função gestora é exclusivamente pública e não pode ser transferida; por sua vez, a gerência de um serviço de saúde pode tanto ser pública como privada.

Nesse sentido, para o SUS, seus gestores são os representantes de cada esfera de governo, do Poder Executivo, designados para desenvolver funções na área da saúde: no âmbito da União, a direção é exercida pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos estados, pela respectiva Secretaria de Saúde; e nos municípios, pela Secretaria Municipal de Saúde.

Portanto, o comando único significa que as três esferas de governo mantêm responsabilidades na condução da política de saúde e das ações de saúde. As responsabilidades, porém, devem ser pactuadas, comparti-

lhadas e, para cada tarefa, deve ser definido qual dos níveis tem a responsabilidade pelo seu cumprimento e a coordenação das ações. Estas devem estar integradas, com comando e responsabilidade definidos e complementarem-se umas às outras.

Normas operacionais e pactos

A implementação da gestão descentralizada das ações e dos serviços de saúde no SUS realizou-se por meio de Normas Operacionais. Essas buscaram melhor definir as competências de cada esfera de governo, bem como os critérios e as condições necessárias para estados, Distrito Federal e municípios receberem repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os seus respectivos fundos.

Desde a criação do SUS, quatro normas operacionais foram editadas. Cohen; Lima; Pereira (2006, p. 112) destacam que as NOBs “apresentam diferenças importantes que refletem o momento em que foram elaboradas e a intensidade do processo de pactuação entre gestores para a sua formulação”.

Norma Operacional Básica SUS 01/91

A NOB-SUS 01/91 surgiu como apoio à descentralização e reforço do poder municipal. Entretanto, há críticas ao seu formato, tido como centralizador, sobretudo por prever mecanismos de transferência por meio de convênios, e ao sistema de pagamento por produção, quer dizer, pagamento por procedimentos produzidos. Essa lógica estabelece a distribuição de recursos e, quanto maior a rede de assistência à saúde, mais recursos são transferidos.

Norma Operacional Básica SUS 01/93

A NOB-SUS 01/93 avançou ao respeitar a estratégia de descentralização prevista nas conferências nacionais de saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde. Foi a partir da NOB-SUS 01/93 que se caracterizou o processo de elaboração das NOBs como participativo. A NOB-SUS 01/93 buscou operacionalizar o documento “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, formulado por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com base nas discussões e nos pactos estabelecidos na IX Conferência Nacional de Saúde (1992).

Cabe destaque, nesse documento, para a proposta de descentralização como processo que pressupõe a redefinição de papéis; a reorganização ►

institucional; a reformulação de práticas das três esferas de governo, com o estabelecimento de novas relações entre eles e a implementação imediata dos conselhos de saúde para estabelecer o controle social. A NOB-SUS 01/93 estabeleceu as seguintes condições de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Fortaleceu a relação entre os diferentes níveis de governo para pactuação intergestores ao implementar a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no nível federal e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em cada estado. Apesar de ter previsto mecanismos de transferência “fundo a fundo” para municípios em gestão semiplena, manteve os recursos transferidos com base no valor da produção histórica via Sistemas de Informação Ambulatoriais (SAI-SUS) e Hospitalares (SIH-SUS).

Norma Operacional Básica SUS 01/96

A NOB-SUS 01/96 teve como característica principal a implementação de uma série de regras, com finalidade de reforçar e consolidar a capacidade de gestão do sistema por parte do poder público e redefinir as responsabilidades dos estados, municípios e União em relação às suas atribuições no Sistema Único de Saúde. Além disso, avança no processo de descentralização, definindo novas formas de gestão (Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema, que veremos adiante). Conferiu maiores responsabilidades para o nível municipal, ao mesmo tempo em que apontou para uma reordenação do modelo de atenção à saúde. Em relação à descentralização das ações de Vigilância Sanitária, trouxe alguns avanços, que foram apropriados de forma desigual pelos diferentes estados da federação brasileira.

Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas-SUS 01/2002)

A fragilidade das instâncias estaduais na gestão do SUS, decorrente da forma como se deu a descentralização da saúde no Brasil, polarizada entre o Ministério da Saúde, detentor dos recursos, e os municípios, locus privilegiado para a implementação do SUS, foi o principal foco desta Norma. Buscou criar mecanismos para se organizar a assistência à saúde no nível supramunicipal. A Noas traz novos critérios para habilitação de estados e municípios e engendra novos desafios para a gestão estadual no processo de condução da regionalização. Diversos municípios e estados do país tinham, à época, pouca capacidade de oferta e gestão do sistema.

Os municípios passaram a ter mais responsabilidades, coerentes com as políticas estaduais e nacional de saúde.

Fonte: Cohen; Lima; Pereira (2006).



Para refletir

Essas normativas estavam mais voltadas para a organização dos serviços ou para a organização sistêmica do SUS? Quais foram os principais avanços conquistados com cada uma delas? Quais desafios ainda permaneceram?



Para saber mais

Leia “Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas”, de Eduardo Levcovitz, Luciana Dias de Lima e Cristiani Vieira Machado (2001). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>.

A ação solidária do pacto

O Pacto pela Saúde é um instrumento de operacionalização do SUS e envolve todas as esferas de governo, além da participação da comunidade. O pacto busca uma ação solidária, ao definir quais são as responsabilidades de cada esfera de governo.

A estratégia busca assim estabelecer metas consensuais de melhoria da quantidade e da qualidade dos serviços ofertados à população e da garantia de acesso de todos a esses serviços.

Os Pactos envolvem o estabelecimento de compromissos, dando maior autonomia aos municípios, reorganizando o financiamento e aumentando a participação da sociedade no processo de controle social. As responsabilidades definidas por meio do Pacto pela Saúde podem ser acompanhadas por gestores, profissionais e cidadãos e geralmente preveem um prazo para o seu cumprimento.

Antes restritos à Atenção Básica, atualmente fazem parte do Pacto pela Saúde: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS, e o Pacto de Gestão:

- **O Pacto pela Vida** é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira: a saúde do idoso, controle do câncer de colo de útero e de mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes, promoção da saúde e fortalecimento da Atenção Básica.
- **O Pacto em Defesa do SUS** visa consolidar o compromisso com a Reforma Sanitária Brasileira, mobilização social para a promoção da cidadania.
- **O Pacto de Gestão** visa à definição de responsabilidades dos gestores nos três níveis de governo. Uma vez pactuado um conjunto de compromissos e responsabilidades, são definidos indicadores de acompanhamento para o alcance das metas com os respectivos prazos. Exemplos: criação de auditorias e planos de carreiras, cargos e salários; cobertura de ações voltadas para a saúde do idoso, redução de internações por doenças preveníveis pela Atenção Básica etc.

Na planilha a seguir pode-se ver um exemplo de um dos objetivos estabelecidos no Pacto entre os gestores do SUS.

Quadro 2 – Exemplo de um dos objetivos estabelecidos no Pacto

Pacto pela vida		Meta Brasil		Indicador	Fonte	Método de cálculo
Prioridades	Objetivos	2010	2011			
Atenção à saúde do idoso	Promover a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.	Redução em 2% da taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.	Redução em 2% da taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.	1. Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.	SIH IBGE	Número de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas com 60 anos ou mais (por local de residência) x 10.000 / Total da população com 60 anos e mais. OBS: Lista Morb CID-10: Fratura do Fêmur.

Fonte: Objetivos... 2012.

Para refletir

Encontre as metas do pacto pela vida que se referem à área de alimentação e nutrição e discuta com os colegas sobre a sua relevância para a atenção à saúde. Você considera interessante algum outro indicador para a área?

O financiamento da saúde

Emenda Constitucional n. 29 e a Lei Complementar 141

A emenda constitucional n. 29 fixou os percentuais mínimos a serem investidos anualmente em saúde pela União, por estados e municípios. A emenda obrigou a União a investir em saúde, em 2000, 5% a mais do que havia investido no ano anterior e determinou que nos anos seguintes esse valor fosse corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados ficaram obrigados a aplicar 12% da arrecadação de impostos, e os municípios, 15%. A emenda permaneceu em vigor até que a Lei complementar 141 fosse votada e aprovada em 13 de janeiro de 2012 e cumpriu mandamento constitucional inserto no art. 198.

As implicações mais importantes dessa Lei foram:

- Contribuiu para delimitar, com relação ao direito à saúde, o que está e o que não está no campo de atribuições do SUS. Caso contrário, qualquer tipo de atividade que tivesse relação com fatores determinantes ou condicionantes da saúde (como ações de saneamento básico, compra de merenda escolar e pagamentos de aposentadoria, entre outros) poderia ser coberta com recursos do SUS.
- Ratificar os percentuais previstos pela EC 29, não alterou substancialmente o aporte de recursos para o SUS, considerados insuficientes para prestar uma assistência à saúde de qualidade.

Modelos assistenciais de Atenção Básica

A construção do Sistema Único de Saúde constituiu uma rica experiência para gestores, profissionais, pesquisadores e usuários. A sua formulação foi baseada em valores, princípios e elementos de diversas origens, advindos de muitas experiências exitosas no Brasil e no mundo. A sistematização dessas experiências ou as formulações teóricas originadas no universo acadêmico deram origem a diversas propostas de organizar e operar o sistema de saúde. Podemos chamar essas distintas propostas de “modelos assistenciais”.

Neste tópico iremos sucintamente explorar os diversos modelos propostos por autores ou correntes para o funcionamento do SUS e, em especial da Atenção Básica à Saúde (AB). As ofertas de serviços do SUS, em especial as relacionadas às ações da AB, abrangem diversas lógicas oriundas desses modelos, como facilmente conseguir-se-á identificar ao longo da leitura. Significa, em outras palavras, que a Política de Saúde e da Atenção Básica não expressa um modelo único, mas um mosaico, fruto da inclusão dessas várias formulações. Isto pode ser considerado um ponto positivo, já que demonstra a vitalidade com que se tem construído o SUS no país.

Pode-se definir modelo de atenção em saúde como arranjos organizacionais baseados em conceitos, princípios ou teorias que buscam responder aos problemas de saúde individuais e coletivos em determinado contexto e território. Na prática são utilizadas determinadas combinações tecnológicas pelos serviços em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades com distintas complexidades (CECÍLIO; MERHY, 1993; NOGUEIRA, 1994; PAIM, 2003).

Como já dito anteriormente, a saúde no Brasil caracterizou-se, historicamente, por dois modelos dicotomizados de assistência: o modelo médico-hospitalar, cuja premissa era a saúde como ausência de doença, e o conhecido modelo assistencial sanitaria, que visava controlar fatores de risco, especialmente por meio de campanhas e programas verticais e centralizados. O primeiro se voltava para os indivíduos que procuravam os serviços de saúde todas as vezes que se percebiam doentes, não sendo capaz de influenciar positivamente nos níveis de saúde da população. O segundo, ao focar problemas específicos, dificultava a organização da equipe de saúde e diminuía a responsabilidade da população sobre o cuidado em saúde. Observou-se que nenhum dos dois modelos conseguiu responder plenamente aos problemas de saúde da população (AERTS et al., 2004).

É importante frisar que a AB é um espaço privilegiado de práticas integrais, pois permite que esses antigos modelos sejam superados, a partir de estratégias integradas de promoção, prevenção, recuperação (ou assistência) e reabilitação da saúde de pessoas e de grupos populacionais em sua realidade local. Para cumprir a integralidade, equipes de AB devem tomar o binômio espaços–população com os problemas de saúde e seus determinantes como seu objeto de trabalho. A partir desta premissa deve-se organizar a atenção de modo a desenvolver ações que incidam sobre os “efeitos” dos problemas (doença, incapacidade e morte), os condicionantes (riscos) e sobre as “causas” (condições de vida, trabalho e lazer). Isto implica um envolvimento verdadeiro e profundo com as pessoas, famílias e grupos sociais (PAIM, 2003; TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

Figura 7 – As dimensões da Atenção Integral à Saúde



Nessa perspectiva a AB tem se valido de alguns modelos de atenção para atingir os seus objetivos. A seguir descrevemos sucintamente alguns deles, considerando que representam lógicas preponderantes no cotidiano da gestão e dos serviços, tendo uma grande importância em termos de contribuição teórica e metodológica para a AB e a Saúde da Família no país.

Ações programáticas

A programação em saúde, além de ser um componente do processo de planejamento, acabou por ser uma forma de organização do processo

de trabalho em saúde e, portanto, um modelo assistencial. As Ações Programáticas em Saúde podem ser definidas como:

o conjunto de práticas que, a partir de um referencial epidemiológico, tomam como seu objeto de intervenção a saúde e a doença no coletivo, utilizando como instrumento de intervenção diversas atividades que são articuladas e organizadas no sentido de produzirem um efeito sobre a saúde no plano coletivo (SALA, 1993, p. 118).

Em outras palavras, uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca inspirar-se em tecnologia de base epidemiológica. Voltada para doenças e agravos ou ciclo de vida, busca articular instrumentos e ações de natureza clínica e sanitária, com o objetivo de criar normas para a atenção em determinados grupos prioritários da população. Isso leva à necessidade de dotar os instrumentos e táticas de trabalho (abordagens profissionais, a busca ativa de casos, exames, terapêuticas, ações educativas e outros procedimentos) de conteúdos que permitam a descoberta de questões priorizadas em pessoas que demandem ou não os serviços de saúde. Mesmo no trabalho educativo ou preventivo, deve-se ficar atento a demandas clínicas de particularidades de casos ou situações.

É necessária a padronização de certas condutas de investigação de doenças, suas abordagens terapêuticas e as orientações preventivas. Essa padronização é feita com base nas tecnologias disponíveis com efetividades reconhecidas. São acordadas entre todos os membros da equipe para que se possa avaliar o impacto dessas medidas sobre os problemas priorizados em termos de efetividade e eficiência. São exemplos mais do que conhecidos os programas voltados para o controle de doenças infecciosas: tuberculose, hanseníase, dengue, DST/Aids. Atenção integral a grupos populacionais, segundo o ciclo de vida: idoso, mulher, homem, criança, adolescente etc. Fatores de risco ou agravos: câncer de mama, hipertensão, diabetes, carências nutricionais, obesidade etc.

Defesa da Vida

Parte-se da reflexão sobre a atividade clínica e o direito dos usuários no sistema de saúde cujas demandas expressam expectativas da maioria da população. A escuta das subjetividades desses sujeitos é uma base para evidenciar ou pôr em agenda demandas coletivas por cuidados de saúde. São, portanto, legítimas e devem ser acolhidas. Preconiza-se uma abordagem mais ampla dos problemas da clientela e o deslocamento de prioridades. Abre a questão da necessidade de diálogo permanente com os usuários. A escuta da população por meio de instrumentos de

democratização de gestão como conselhos e ouvidorias também é proposta. Os serviços considerados como “portas de entrada” do sistema devem ter a capacidade de acolhimento de demandas programadas e “espontâneas”.

Os usuários devem ser atendidos por equipes que sejam referência, para que se possa garantir esse acesso diferenciado reduzindo as barreiras burocráticas, culturais, geográficas. Dar respostas a todos, discriminar os riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção. Gerar informação que possibilite a leitura e a interpretação dos problemas, assim como a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção. É possível oferecer projetos terapêuticos personalizados ou singulares desenvolvendo uma prática humanizada, refletindo sobre as responsabilidades e o compromisso que a equipe tem com cada usuário e os problemas que eles apresentam por meio do vínculo e da responsabilização. Visa ainda estabelecer relações claras e próximas com o usuário, visando transformar-se em referência para ele nas suas questões de saúde, sem esquecer, contudo, de ajudá-lo a construir sua autonomia.

Deve-se praticar uma clínica ampliada, que significa (COELHO, 2010):

- assumir as responsabilidades de condução e acompanhamento dos casos onde é necessária intervenção tecnológica;
- dependendo das características do problema trazido, um membro da equipe com mais recursos específicos de conhecimento conduz o caso, articulando vários conhecimentos necessários para a sua resolução;
- colocar à disposição do usuário toda a tecnologia disponível para se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, abordando as dimensões individual e coletiva dos problemas de saúde;
- conduzir casos na busca de apoios externos, como em intervenções terapêuticas específicas e pontuais, por intermédio do matriciamento (oferta de interconsultas com outros especialistas), internações, exames complementares, percorrendo os vários níveis de assistência e garantindo a integralidade;
- estimular a autonomia dos profissionais de saúde, sobretudo em seu trabalho em equipe, para que possam construir processos de trabalho mais efetivos e com maior satisfação de seus desejos e aspirações. Evita-se assim a alienação decorrente da divisão do trabalho, mantendo-se a consciência da totalidade do processo do cuidado;

- adotar normas flexíveis que não inibam a criatividade da equipe;
- estimular a autonomia dos usuários, incentivando o autocuidado, oferecendo informações sobre os processos de adoecimento e o papel dos serviços de saúde na preservação da saúde, aumentando a consciência sanitária.

Promoção da Saúde

Ainda que o termo promoção da saúde esteja muitas vezes ligado a transformações dos comportamentos dos indivíduos, atualmente ele se caracteriza como o processo que leva indivíduos e comunidades a ampliar o controle sobre os determinantes de saúde e, por conseguinte, obter melhoria de sua saúde, considerando que esse processo passa a representar um conceito unificador para quem reconhece a necessidade básica de mudança, tanto nos modos quanto nas condições de vida. Inclui, portanto, aspectos como alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho e educação, ambiente físico e social, em que vivem as coletividades e que resultam em maior ou menor qualidade de vida (BUSS, 2000).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, emitiu a Carta de Ottawa, que contempla a seguinte definição de Promoção à Saúde:

A promoção à saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, de satisfazer suas necessidades e de modificar ou adaptar-se ao meio ambiente. A saúde se percebe, pois, não como o objetivo, senão como a fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se, portanto, de um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como as atitudes. Por conseguinte, dado que o conceito de saúde como bem-estar transcende a ideia de formas de vida saudáveis, a promoção da saúde não concerne exclusivamente ao setor saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

A ampliação da definição de causa dos problemas de saúde exige a incorporação de novos saberes, tradicionalmente presentes em menor peso, no setor. As ciências sociais, o planejamento urbano, o planejamento estratégico, a geografia, a educação para a saúde, as ciências do meio ambiente, a comunicação social são algumas das disciplinas necessárias.

No caso da participação social esta é considerada essencial para organizar as demandas e as estratégias para melhorar a saúde. O envolvimento individual e coletivo é a chave da mudança em tal contexto.

Os determinantes e os condicionantes do processo saúde-doença são muito enfatizados nesse modelo. O setor Saúde não pode atuar isoladamente, mas ter um papel catalisador de iniciativas intersetoriais, propondo pautas sobre a vida saudável, envolvendo as demais instâncias responsáveis pelas políticas públicas. Propõe um amplo debate na sociedade a respeito das práticas sustentáveis, com forte apelo à participação da sociedade civil organizada, setores produtivos, associações comunitárias etc.

Para se dimensionar a complexidade desse conceito, pode-se utilizar a situação hipotética a seguir. Suponha que uma determinada Secretaria de Saúde municipal lance o seguinte desafio à sociedade local: “na próxima década propomos elevar a vida média de nossos habitantes em cinco anos”. É sabido que esse tipo de proposta depende de inúmeras variáveis, tendo a Secretaria de Saúde uma responsabilidade apenas parcial para alcançar o sucesso da meta. Mais anos de vida para todos vai certamente depender de múltiplas estratégias, iniciando-se pela conscientização dos indivíduos e famílias de que isso é possível e desejável. Ainda que todos desejem tal resultado final, há que considerar que a sociedade deve estar ciente das mudanças que precisará realizar em vários aspectos da vida social. A constatação de que o setor Saúde não pode, de forma isolada, alcançar a meta é o próximo passo. Mas, ao mesmo tempo, os profissionais de saúde devem exercer um papel de liderança nesse processo, que irá se tornar decisivo para estabelecer uma agenda positiva de saúde.

O estabelecimento de ações intersetoriais deve permitir que, em cada área, surjam contribuições para a solução dos problemas de saúde. Os problemas devem ser aqueles que emergem de discussões comunitárias. As prioridades poderão assim transformar-se em pautas positivas, promotoras de saúde. A educação e a informação para a saúde passam a ser fundamentais nesse processo, na medida em que despertam a consciência sanitária dos cidadãos e intensificam a participação dos mesmos na definição de prioridades. O desenvolvimento sustentável reconhece o ambiente como realidade e totalidade integradas, e percebe o homem como parte de ambas, que são vivenciadas segundo lugares singulares, base territorial, processos sociais vividos localmente. Assim, é possível constituir-se um processo de reflexão coletiva sobre as condições de

vida das comunidades e sobre como essas condições contribuem para o estado de saúde e para a qualidade de vida.

No processo de construção de ambientes/indivíduos/comunidades saudáveis são fundamentais conceitos como direitos de cidadania (lazer, moradia, trabalho etc.), equidade, responsabilidade social pela saúde, participação etc. Essa dinâmica necessita de determinadas ferramentas técnicas, como o acesso à informação, à educação, a gestão dos recursos disponíveis etc. É fundamental um esforço de participação no planejamento, na análise das relações sociais e das condições objetivas de vida, reprodução e sobrevivência. É preciso definir as possibilidades de cada ator social e de todos para superar dificuldades, estabelecer compromissos e pactuá-los politicamente. É bom lembrar que pacto pressupõe um diálogo entre as partes que se disponham a reconhecer a força uns dos outros, e não uma relação em que se busca o domínio e a imposição de um sobre o outro.

Vigilância da Saúde

Nesse modelo preconiza-se que os problemas de saúde sejam analisados e enfrentados de forma integrada, por setores que historicamente têm trabalhado de maneira dicotomizada. O objeto de intervenção abarca, além dos fatores relacionados às doenças, agravos e fatores de risco, no âmbito individual e coletivo, os determinantes sociais que afetam a população em função de suas condições de vida. O olhar sobre todos esses fenômenos e a forma de abordá-los dão-se a partir da inserção dos profissionais no contexto das comunidades. Leva-se em conta os múltiplos fatores envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas. O planejamento de intervenções deve contemplar conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias e de comunicação social, que busquem estimular a mobilização, a organização e a participação dos grupos na promoção da saúde.

O território é entendido como parte integrante do ambiente, espaço de conflitos e interesses onde vivem os grupos sociais, e se desenvolvem suas relações, suas condições de subsistência, trabalho, renda, habitação, acesso à educação. Há um saber preexistente, uma cultura e concepções sobre saúde e doença. A incorporação do território como unidade de análise possibilita a definição de problemas, prioridades e recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade, considerando cada situação específica. Transcende, portanto, os espaços institucionalizados do setor e se abre para outros, tanto na esfera de ação governamental quanto não governamental.

O indivíduo é o objetivo final, mas deve ser considerado como parte da família, da comunidade, do sistema social, do ambiente. Qualquer ação de saúde que se pretenda realizar deverá incidir sobre esse conjunto. É preciso compreender que para melhorar a qualidade de vida e promover a saúde de um indivíduo é necessário agir no contexto em que ele se insere, no espaço em que ele vive.

Além de mudanças teóricas e metodológicas que permitem a ampliação de tecnologias para fazer frente aos problemas de saúde, a Vigilância da Saúde propõe que os agentes sociais sejam os responsáveis pelo processo de definição de problemas e pelo encaminhamento das soluções. (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

É responsabilidade do setor Saúde analisar quais tipos de risco à saúde estão presentes na comunidade, não só oriundos de fatores físicos e biológicos, mas também aqueles relacionados aos estilos de vida ou à forma de organização da sociedade, buscando identificar aquelas condições não favoráveis à saúde. Se em um município pessoas morrem de causas como atropelamentos, leptospirose ou infarto do miocárdio, caberá salientar para todos que esse quadro não é inexorável e que pode ser superado, ou pelo menos atenuado. As condições que podem ser enfrentadas a curto, médio e longo prazo devem ser apontadas.

Com relação aos modelos descritos busca-se atender em última instância ao conjunto de pressupostos e desafios colocados pela integralidade. A existência de Postos e Centros de Saúde não necessariamente garante a atuação transformadora. São necessárias algumas condições prévias para que os princípios da promoção e da prevenção passem a reger o funcionamento dos serviços de saúde.

Mais uma vez a vinculação das equipes ao território e a continuidade da atenção são imprescindíveis. Permitem o estabelecimento, a partir da identificação de problemas e da eleição de um conjunto de prioridades, para o planejamento do trabalho em saúde.

Assim, as equipes locais devem trabalhar dessa forma, exercendo o papel de coordenação das ações de saúde em cada microárea do município. São esses os responsáveis pelo atendimento primário, pela decisão de se acessar os recursos disponíveis no sistema municipal de saúde e de outras instâncias para atender aos problemas detectados.

Note-se ainda que o papel exercido por essas equipes evita que o próprio indivíduo, ou a família, tome para si a responsabilidade de decidir a respeito da busca por serviços, atendimentos, exames etc.

O segundo nível da atuação, tal como proposto no modelo da Vigilância da Saúde, refere-se à prevenção dos riscos de adoecimento. Essas análises igualmente entendem e estão voltadas para entender o risco segundo os grupos sociais imersos em seu território. Informações hoje disponíveis da clínica ou da epidemiologia acerca dos principais fatores de risco presentes passariam assim a ser referenciadas à dinâmica dos grupos, das famílias, segundo as suas particularidades e segundo a dimensão sanitária, ambiental e epidemiológica. A riqueza desse processo está em poder estabelecer novos elos causais e soluções que podem extrapolar o atendimento pontual e fragmentado dos problemas de saúde.

O município não está isolado, mas inserido em um contexto estadual, federal, continental etc. Várias políticas públicas e mobilizações sociais necessitam, para o seu sucesso, de uma abrangência e compromissos que extrapolem o território municipal. É necessário que se discutam novas formas de relações sociais, de organizações e estabelecimentos que atendam melhor às necessidades de saúde e de qualidade de vida dos idosos, das crianças, ou, ainda, dos portadores de deficiência, dos trabalhadores, e não só a assistência às suas doenças.

Quadro 3 – Algumas características dos campos da promoção, prevenção, assistência e reabilitação, segundo determinados atributos

Características	Promoção da saúde	Prevenção/proteção das doenças	Assistência/recuperação da saúde
Enfoque	Determinantes sociais do processo saúde–doença	Controle de riscos	Diagnóstico precoce, cura e controle de danos
Conceito de saúde	Multidimensional	Ambiental e físico	Biopsicossocial
Modelo de intervenção	Político-social	Sanitário	Clínico
Público-alvo	Sociedade	Grupos (de risco ou portadores)	Pessoa e família
Missão	Agendas positivas de saúde	Reduzir a morbimortalidade	Recuperar a saúde e melhorar a qualidade de vida
Estratégia	Mudança social	Vigiar/Monitorar	Cuidado e vínculo
Abordagens	Problematização e conscientização	Objetiva direta, persuasiva, direcionada	Atenção continuada, integral e abrangente
Objetivos	Mudanças sociais e ambientais que resultem em bem-estar, qualidade de vida e saúde	Redução de riscos/agravs em indivíduos e grupos de alto risco	Curar a doença; prolongar a vida; restaurar a capacidade funcional; aliviar a dor e o sofrimento; evitar complicações desnecessárias
Executores	Sociedade organizada	Profissionais de saúde	Equipe de Saúde – especialidades
Forma de planejamento	Estratégica	Programática	Protocolos clínicos
Papel da Educação para a Saúde	Condição para construção de pautas sociais	Ferramenta metodológica	Responsabilização da equipe, do indivíduo, da família e da comunidade
Metodologia	Pouco desenvolvida	Programação	Clínica

Fonte: Adaptado de Buss; Ferreira (1998).

A Atenção Primária à Saúde

Sobre os termos Atenção Primária, Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica, foi White em seu estudo sobre níveis de atenção, em 1961, o responsável pelo uso da expressão Atenção Primária. A Atenção Primária à Saúde foi um termo consagrado mundialmente a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1987, quando foram lançadas as bases de um novo campo de atuação no interior dos Sistemas Nacionais de Saúde.

No Brasil esse campo passou a ser denominado de Atenção Básica, por volta do início da década de 1990, talvez no intuito de se afastar de interpretações equivocadas que se faziam à época ao termo Atenção Primária. O MS tem adotado oficialmente o termo Atenção Básica como sendo estratégico para identificar o campo de atuação no Brasil.



Para saber mais

Consultar “Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais”, de Guilherme Arantes Mello, Bruno José Barcellos Fontanella e Marcelo Marcos Piva Demarzo (2009). Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/307/203>.

A Atenção Primária à Saúde, de fato, teve várias abordagens, e aquela chamada de seletiva recebia fortes críticas de grande parte dos formuladores de políticas. Ainda que alguns autores continuem a enfatizar a diferença ideológica ou conceitual entre os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, nada indica que a Atenção Básica, tal como é formulada e praticada hoje no Brasil, seja diferente da Atenção Primária à Saúde vigente em outros países do mundo. Assim, podem ser consideradas como termos sinônimos. A Atenção Primária é um termo que deve ser mais usado como um dos níveis do sistema (primário, secundário, terciário), conforme aborda Barbara Starfield em seus textos.

Não foi por acaso que o termo Primary Health Care (Atenção Primária à Saúde – APS) surgiu pela primeira vez na Inglaterra. O termo propriamente dito foi introduzido por White no início da década de 1960 no bojo de estudos e análises desse autor a respeito do sistema de saúde inglês. A Inglaterra tinha desde o final da II Guerra Mundial universalizado o atendimento à saúde, com base no atendimento por *family practitioners* (médicos de família). A APS passou a ser não só um nível de atenção do sistema, mas uma estratégia de construção de sistemas de saúde.

É importante frisar que o contexto histórico em que surgem essas novas formulações é marcado pela forte desigualdade entre regiões do mundo e internamente nos próprios países. Um crescente número de ferramentas e tecnologias com alto custo de efetividade estava disponível à época. Mais e mais se fortalecia a noção de saúde como um direito

humano universal. Assim os governos estavam sendo chamados a buscar estratégias de aumento da cobertura de seus sistemas de saúde, com a otimização de custos e melhoria dos indicadores de saúde e doença. Coerente com o momento, não é de se estranhar que a Conferência de Alma-Ata tenha definido a Atenção Primária à Saúde como:

assistência essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possa suportar, em todas e cada uma das etapas de seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação. A APS é parte integrante do Sistema Nacional de Saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, levando o mais próximo possível a atenção à saúde no lugar onde residem e trabalham as pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência à saúde (MARTINS ZURRO; CANO PEREZ, 2000).

Note-se que o termo “primário” tem primordialmente um sentido de principal, essencial, central e fundamental, e não um sentido cronológico de primeiro contato ou um sentido sistêmico de primeiro nível.

É importante compreender as várias abordagens que a APS experimentou, dependendo de política vigente, mecanismos de financiamentos, necessidades de saúde da população, contexto dos sistemas de saúde e momento histórico. Essa discriminação é importante para se entender a razão dos vários debates sobre pertinência, propriedade, coerência das propostas de políticas de saúde envolvendo essa estratégia de atenção.

Diferentemente do que se tem como senso comum, esses vários enfoques estiveram quase sempre presentes ao mesmo tempo em um país ou região. Portanto, as formas de atuar da APS quase nunca foram excludentes e estavam sendo utilizadas de forma sobrepostas, com maior ênfase de uma abordagem sobre a outra, dependendo de uma série de fatores. Observemos o quadro a seguir.

A APS passou a representar a busca por melhores níveis de saúde das populações submetidas a altos níveis de desigualdade, ainda que não fosse dirigida exclusivamente a uma classe ou nível social.

Quadro 4 – Abordagens históricas da Atenção Primária em Saúde

Abordagem	Definição ou conceito de Atenção Primária em Saúde	Ênfase
Seletiva	Enfoca um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento. Os serviços principais tornaram-se conhecidos como Gobi (monitoramento de crescimento, técnicas de reidratação oral, amamentação e imunização) e algumas vezes incluíram complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar (Gobi-FFF).	Conjunto específico de atividades de serviços de saúde voltados à população pobre.
Atenção primária	Refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Trata-se da concepção mais comum dos cuidados primários de saúde em países da Europa e em outros países industrializados. Em sua definição mais estreita, a abordagem é diretamente relacionada à disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar.	Nível de atenção em um sistema de serviços de saúde.
Direitos humanos	Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Difere em sua ênfase sobre as implicações sociais e políticas da declaração de Alma-Ata, mais do que sobre os próprios princípios. Defende que o enfoque social e político da APS deixou para trás aspectos específicos de doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação”, se pretendem alcançar melhorias de equidade em saúde.	Uma filosofia que permeia os setores social e de saúde.
Abrangente	A declaração de Alma-Ata define a APS como o primeiro nível de atenção integrada e abrangente que inclui elementos de participação da comunidade, coordenação intersetorial e apoio em vários trabalhadores de saúde e médicos tradicionais. A definição inclui diversos princípios, a saber: a necessidade de enfrentar determinantes de saúde mais amplos; acessibilidade e cobertura universais com base na necessidade; envolvimento comunitário e individual e autoconfiança; ação intersetorial para a saúde; e tecnologia apropriada e efetividade de custos em relação aos recursos disponíveis.	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde.

Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (2005).

É comum a crítica de que a APS tenha sido uma forma de atuação em saúde chamada de focalizada ou seletiva, voltada apenas para algumas ações de comprovado impacto sobre realidades sociais e sanitárias muitíssimo desfavoráveis. Esta foi de fato uma das formas de atuar da APS em várias regiões do mundo.

O segundo enfoque refere-se ao processo experimentado por vários países, a partir da experiência exitosa do sistema nacional de saúde inglês. Não se restringe apenas aos países mais desenvolvidos, se bem que tenha por algumas décadas se limitado a eles.

A terceira abordagem trata-se de uma vertente mais política da APS. Esse tipo de visão sobre o papel da APS como locus da participação e mobilização da comunidade em sua luta por melhores condições de vida e de saúde foi muito preponderante no Brasil e culminou no movimento da Reforma Sanitária.

Por último temos a abordagem abrangente, que propõe tornar os princípios da APS os norteadores da ação do setor Saúde, reorganizando as práticas assistenciais em todos os níveis. Além disso, privilegia políticas públicas intersetoriais que possam contemplar a ação sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença. No Brasil várias propostas de modelos assistenciais se aproximam dessa abordagem, como será visto adiante.

Na conjuntura internacional de avaliação do objetivo “Saúde para todos no ano 2000” (SPT-2000), estabelecido em 1978 pela Organização Mundial de Saúde, e de sua estratégia central – a valorização da Atenção Primária à Saúde –, a Organização Pan-Americana da Saúde vem conduzindo, desde 2003 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003), iniciativa de renovar e revigorar essa abordagem, com a finalidade de revitalizar a capacidade dos países para montar uma estratégia coordenada, efetiva e sustentável para o enfrentamento dos problemas de saúde, dos novos desafios e para melhorar a equidade.

O documento “Renovação da Atenção Primária à Saúde. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005) estabeleceu nova orientação estratégica e programática para o fortalecimento da APS, renovando o conceito de forma a refletir melhor as atuais necessidades de saúde e desenvolvimento das pessoas na região das Américas.

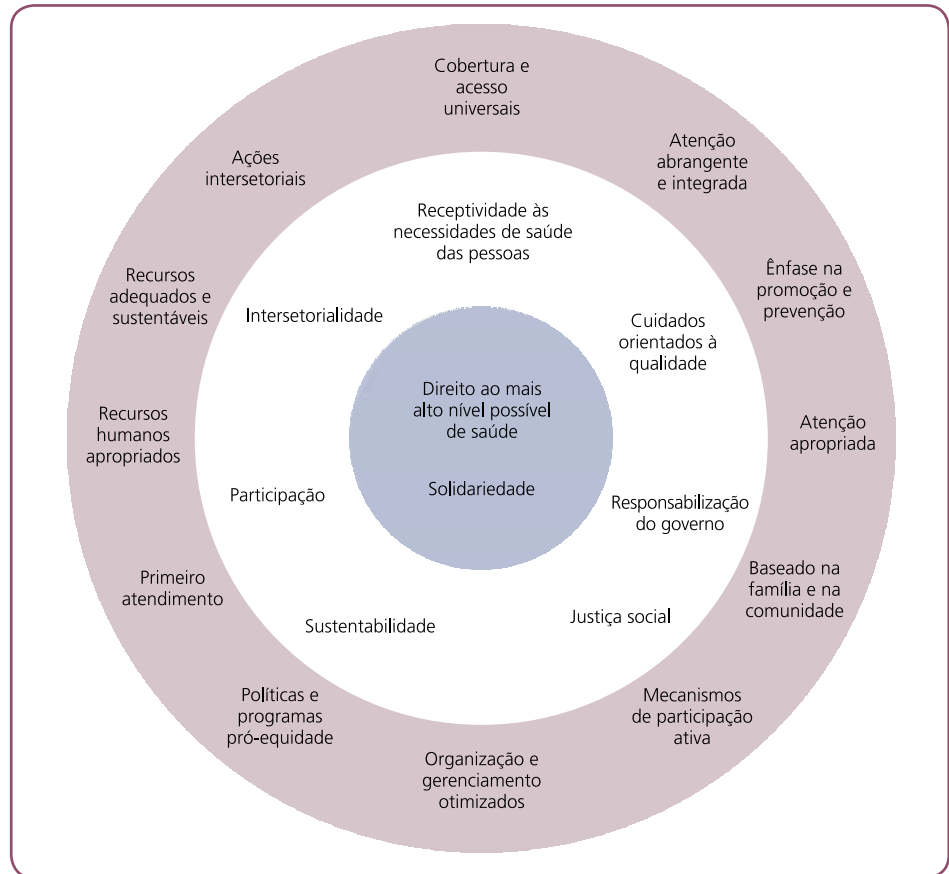
Os sistemas de saúde liderados pela APS são caracterizados como sistemas de saúde organizados e gerenciados em torno de um conjunto central de valores, princípios e elementos, segundo os quais suas estruturas e funções orientam-se à consecução do direito à saúde, da equidade na saúde e da solidariedade social.

A APS abrangente é representada no diagrama abaixo. Os valores de solidariedade, direito à saúde e equidade são aqueles que devem nortear os sistemas nacionais de saúde, tendo a APS como eixo norteador do setor. Como princípios estão destacados a intersetorialidade, a participação da comunidade e o caráter de política pública. A sustentabilidade está também incluída e significa o compromisso com a manutenção da política sem que haja descontinuidade das ações, sendo, quando aliada a outras políticas sociais, um instrumento de justiça social. Garantir a resposta às necessidades de saúde dos indivíduos e a garantia de qualidade das ações são outros princípios destacados. Os elementos referem-se às condições operacionais ou, em outras palavras, a forma como se dá o funcionamento da APS.

Para refletir

Procure fazer uma reflexão sobre as características destacadas na parte mais externa do diagrama a seguir, tentando definir o que significam no nosso contexto os seguintes elementos: recursos humanos apropriados, porta de entrada, atenção abrangente e integrada, políticas e programas pró-equidade.

Figura 8 – Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde com base na APS



Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (2005).

A organização da Atenção Básica no Brasil

A Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica (APS/AB) no Brasil é uma atribuição das secretarias municipais de Saúde. Desde a NOB-1996, mais efetivamente a partir do ano 2000, o Ministério da Saúde repassou aos municípios a tarefa de gerenciar, de forma plena, a APS/AB em

suas dimensões administrativa, técnica, financeira e operacional. Compreendida como um campo específico de atuação, foi definida como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. Conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2011b).

Nessa definição está implícita a necessidade do cumprimento da **integralidade**, que pode também incluir outros aspectos, quais sejam a preocupação com a integração das atividades assistenciais e clínicas voltadas para os indivíduos e a atuação sanitária dirigidas à população e, ainda, a coordenação do acesso às diversas formas e níveis de assistência dentro do sistema de saúde.

Para a definição das taxas ou índices dos indicadores propostos na lista abaixo, leva-se em consideração uma série de fatores, de forma a tornar factível o seu cumprimento por parte dos municípios. Para a definição da meta a ser cumprida a cada ano, toma-se uma base histórica, considerando-se os níveis de desempenho alcançados, a situação dos programas e da assistência em cada realidade local. Cabe ao nível estadual o acompanhamento desse desempenho e também prestar assessoria técnica para que os municípios possam desempenhar suas tarefas de forma satisfatória e alcançar o êxito pretendido.

Desde a instituição do Pacto da Atenção Básica e posteriormente do Pacto pela Saúde existem novas reformulações nos indicadores para monitoramento e avaliação da AB, fruto das prioridades estabelecidas

em cada ocasião. Atualmente o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (Pmaq-AB), propõe, em cada ciclo, um conjunto de indicadores de monitoramento e de desempenho das equipes de Atenção Básica que aderem ao programa. Trataremos sobre o Pmaq-AB ainda nesse capítulo.

Indicadores do Programa de Melhoria do Acesso e Melhoria da Atenção Básica: Pmaq – 1º Ciclo 2011/ 2012.

Saúde da mulher

- proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica
- média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada
- proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre
- proporção de gestantes com o pré-natal em dia
- proporção de gestantes com vacina em dia
- razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais
- proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares

Saúde da criança

- média de atendimentos de puericultura
- proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo
- proporção de crianças menores de 1 ano com vacina em dia
- proporção de crianças menores de 2 anos pesadas
- média de consultas médicas para menores de 1 ano
- média de consultas médicas para menores de 5 anos
- proporção de crianças com baixo peso ao nascer
- proporção de crianças menores de 1 ano acompanhadas em domicílio
- cobertura de crianças menores de 5 anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)
- número de menores de 5 anos com estado nutricional acompanhado no Sisvan X 100
- número de menores de 5 anos cadastrados no mesmo local e período

Controle de Diabetes Mellitus e hipertensão arterial sistêmica

- proporção de diabéticos cadastrados
- proporção de hipertensos cadastrados
- média de atendimentos por diabético
- média de atendimentos por hipertenso
- proporção de diabéticos acompanhados em domicílio
- proporção de hipertensos acompanhados em domicílio

Saúde bucal

- média da ação coletiva de escovação dental supervisionada
- cobertura de primeira consulta odontológica programática
- cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante
- razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
- média de instalações de próteses dentárias
- média de atendimentos de urgência odontológica por habitante
- taxa de incidência de alterações da mucosa oral

Produção geral

- média de consultas médicas por habitante
- proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado
- proporção de consultas médicas de demanda agendada
- proporção de consulta médica de demanda imediata
- proporção de consultas médicas de urgência com observação
- proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência
- proporção de encaminhamentos para atendimento especializado
- proporção de encaminhamentos para internação hospitalar
- média de exames solicitados por consulta médica básica
- média de atendimentos de enfermeiro
- média de visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) por família cadastrada
- proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família

Vigilância: tuberculose e hanseníase

- média de atendimentos de tuberculose
- média de atendimentos de hanseníase

Saúde mental

- proporção de atendimentos em Saúde Mental, exceto de usuários de álcool e drogas
- proporção de atendimentos de usuário de álcool
- proporção de atendimentos de usuário de drogas
- taxa de prevalência de alcoolismo

Fonte: Brasil (2011c).



A Portaria 2.488 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011d) aprovou a nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab). Trata-se de uma atualização considerando um quadro de expansão não só física, com o aumento do número de ESF, mas também a crescente relevância do papel da AB em nosso contexto. Isso levou a maiores responsabilidades, iniciativas e ações nesse campo. A portaria também expressa uma preocupação em dar um tratamento mais igualitário às Unidades Básicas que não adotaram o modelo da Estratégia Saúde da Família.

Dentre as mudanças realizadas destacam-se, entre as linhas principais da política, eixos prioritários dessa nova Pnab, que inclui mudanças ou incremento das seguintes ações:

- Renovação da rede física (ampliação e reforma), melhoria do acesso e qualificação da AB: essas ações já tinham sido objeto de outras portarias, mas estão implícitas na nova Pnab (Portaria n. 1.654 de julho de 2011: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade PMAQ; Portaria 2.206, de setembro de 2011: Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma).
- Alteração da carga horária dos médicos das Equipes de Saúde da Família: possibilita a contratação de médicos em regimes de trabalho de 20 e 30 horas para as Unidades de Saúde da Família em um percentual fixo e limitado para dotar equipes sem esses profissionais.
- Equipes de Saúde Ribeirinhas e Unidades Básicas de Saúde Fluviais e Consultório na Rua, Academia da Saúde: possibilitam novos modelos de equipes para necessidades especiais do SUS.
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): amplia as possibilidades de contratação de novos profissionais para responder a várias necessidades de atenção e diversos tipos de necessidades.
- Articulação com a Rede de Urgências.
- Programa Saúde na Escola: amplia as possibilidades de atuação aos escolares no âmbito da AB.
- Financiamento: Piso da Atenção Básica Fixo e Variável. Criação de quatro categorias de PAB fixo para atender ao princípio da equidade, variando de R\$ 20,00 a R\$ 25,00 per capita. Reformulação do PAB variável, mantidos valores de repasses mensais por equipe de Saúde da Família (SF), Saúde Bucal (SB) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), com incrementos de repasse segundo a classificação obtida pelas equipes no Pmaq: ótima (+R\$ 11.000,00), boa (+R\$ 6.600,00) e regular (+R\$ 2.200,00).

Ainda com especial interesse para as ações de alimentação e nutrição, há uma discussão nos três níveis de governo para a priorização de políticas integrais voltadas para as seguintes áreas:

- Política Nacional de Alimentação e Nutrição
- Plano Nacional de Redução da Obesidade
- Política Nacional para Doenças Crônicas

Para fins deste curso iremos abordar ainda neste capítulo as mudanças verificadas na normatização a respeito dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

A Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família por sua vez é definida como a organização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve:

- ter caráter substitutivo em relação à Rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- atuar no território realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa perante os problemas de saúde–doença da população;
- desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação, realizadas com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;
- ser um espaço de construção de cidadania.

Segundo informações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (disponíveis no site: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php), a evolução do número de equipes e a cobertura da Estratégia Saúde da Família têm se mantido em forte crescimento desde o início dos incentivos financeiros fornecidos pelo MS aos municípios. Essa evolução se mantém positiva, porém com certa tendência a uma menor velocidade de crescimento. Isso pode estar relacionado a dificuldades de expansão em grandes centros urbanos, dificuldades de contratação de profissionais, especialmente médicos, e a cobertura de seguros privados de saúde em parte da população brasileira.

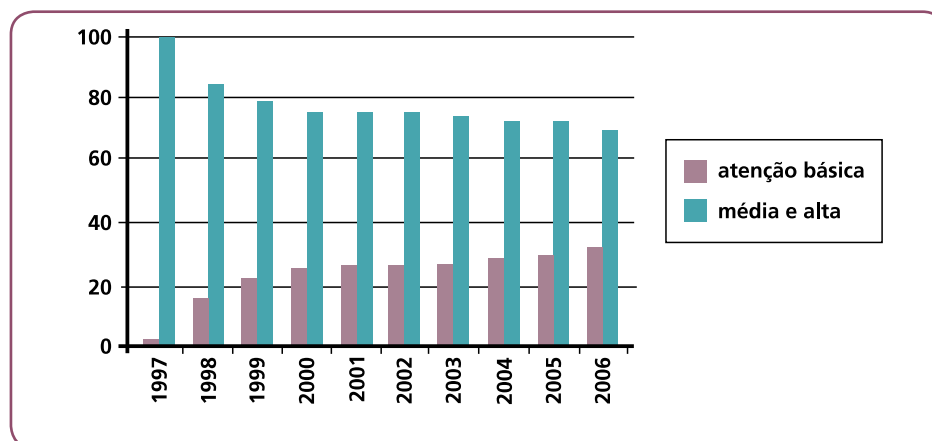
Tabela 1 – Equipes de Saúde da Família por estado da Federação – 1999-2002-2005-2011 M5/2006

Estados	1999	2002	2005	2011	Crescimento 1999-2011 %
Goiás	108	811	969	1.048	970
Mato Grosso do Sul	23	222	320	402	1.748
Mato Grosso	36	344	445	521	1.447
Alagoas	237	594	685	727	307
Bahia	82	862	1.888	2.392	2.917
Ceará	678	1.217	1.320	1.705	251
Maranhão	37	549	1.427	1.725	4.662
Paraíba	69	777	1.144	1.228	1.780
Pernambuco	350	1.158	1.547	1.780	509
Piauí	186	704	980	1.069	575
Rio G. do Norte	87	451	805	858	986
Sergipe	72	387	486	534	742
Acre	35	77	126	132	377
Amazonas	38	283	417	497	1.308
Amapá	2	28	90	132	6.600
Pará	106	366	513	802	757
Rondônia	85	110	162	229	269
Roraima	6	70	82	94	1.567
Tocantins	139	258	317	352	253
Espírito Santo	36	318	471	539	1.497
Minas Gerais	809	2.061	3.091	3.806	470
Rio de Janeiro	90	814	1.185	1.440	1.600
São Paulo	237	1.774	2.527	3.134	1.322
Rio G. do Sul	197	1.071	1.452	1.672	849
Santa Catarina	84	470	939	1.161	1.382
Distrito Federal	164	882	1.136	1.282	782
Brasil	4.114	16.698	24.564	29.300	712

Fonte: Brasil (2006).

As tendências mais recentes da lógica organizacional da Atenção Básica enfatizam o modelo implantado desde meados da década de 1990. No aspecto do financiamento este se consolida como prioritário, em patamares que ultrapassam em muito os valores historicamente destinados ao sub-setor. Também o Pacto pela Saúde 2006 reitera e aprofunda as prioridades estabelecidas para a APS/AB. Esse tema porém escapa ao escopo deste capítulo.

Gráfico 1 – Percentuais de financiamento da AB e média e alta complexidade no país



Fonte: Lima (2009).

Apesar de inúmeras iniciativas para o incremento do crescimento da ESF nas grandes cidades, a evolução da cobertura da SF segundo o porte municipal tem se mostrado bastante desigual, como pode ser visto no gráfico a seguir. Há várias causas para esse cenário. Entre elas podemos citar: presença de uma rede básica preexistente que funcionava com clínicas básicas e subespecialidades; cobertura de planos privados nessas cidades; portas de entrada múltiplas (ambulatórios de especialidades, urgências e hospitais vinculados ao SUS); cultura da medicina especializada mais arraigada entre profissionais e clientela; dificuldade de áreas e imóveis disponíveis em algumas áreas metropolitanas; salários competitivos em outras unidades de saúde. O baixo percentual de cobertura da ESF nas grandes cidades compromete a boa imagem da estratégia, já que se tem a ideia de que este modelo estaria associado somente à população sem cobertura ou moradora em zonas rurais ou do interior, o que leva a uma falsa impressão de que o programa foi concebido com ênfase na focalização.

Continua, portanto, sendo crucial a expansão da ESF nas cidades de médio e grande porte e ainda a adoção de sua lógica pelos usuários dos planos de saúde privados. Só assim estarão sendo cumpridas as diretrizes da política de saúde e do SUS. Apenas recentemente tem havido alguns esforços da Agência Nacional de Saúde Complementar no sentido de cobrar das operadoras dos planos de saúde um elenco de ações de prevenção voltadas para os seus usuários. A lógica de oferta de serviços segundo a demanda espontânea, o acesso direto a qualquer tipo de assistência não só é nociva à saúde dos clientes dos

planos de saúde como dá a impressão que esse seria um padrão de consumo aceitável e desejável por parte da população.

Gráfico 2 – Evolução do percentual de cobertura populacional das ESFs distribuído por porte populacional – Brasil/2003 – Agosto/2011



Fonte: Brasil (2011b).

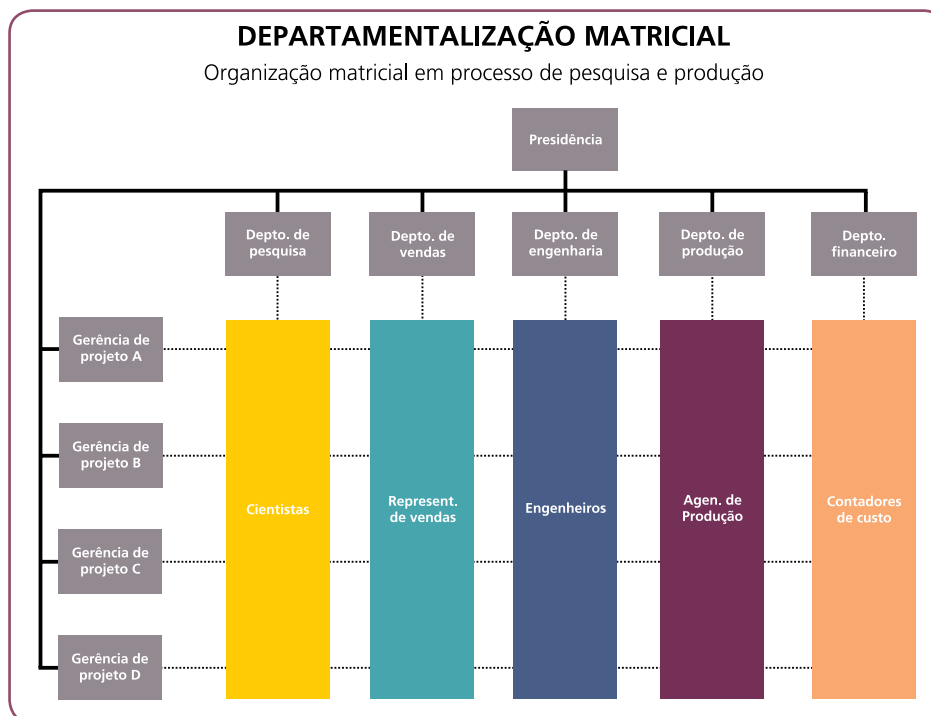
Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Para se entender a lógica que motivou a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família cumpre-se explicar o surgimento da organização matricial do trabalho. Para aumentar a eficiência, descentralizar a autoridade e a responsabilidade, teóricos organizacionais desenvolveram várias maneiras de dividir as organizações em subunidades. O objetivo era chegar a um arranjo ordenado de partes organizacionais interdependentes. A organização matricial (ver explicação abaixo) surge como parte integral do processo de delegação do poder e sua respectiva autoridade. A matriz organizacional evoluiu essencialmente como uma rede de interações entre as equipes de projeto e os elementos funcionais estabelecidos.

Especificamente, o matriciamento caracteriza-se pela fusão entre as estruturas relacionadas às funções da organização e outras dedicadas a projetos ou produtos. Assim estabelece-se que equipes de trabalho cruzem as fronteiras organizacionais. Um gerente é definido para cada projeto, e os projetos são geridos como atividades distintas, focadas em seus objetivos. Os problemas de coordenação são minimizados pelo matriciamento, pois as pessoas mais importantes para a consecução de um objetivo trabalham em grupo com hierarquia definida na matriz de projetos. Nessa estrutura, as pessoas permanecem vinculadas às suas respectivas unidades funcionais e movimentam-se na organização apenas para desenvolver um determinado projeto ou produto.

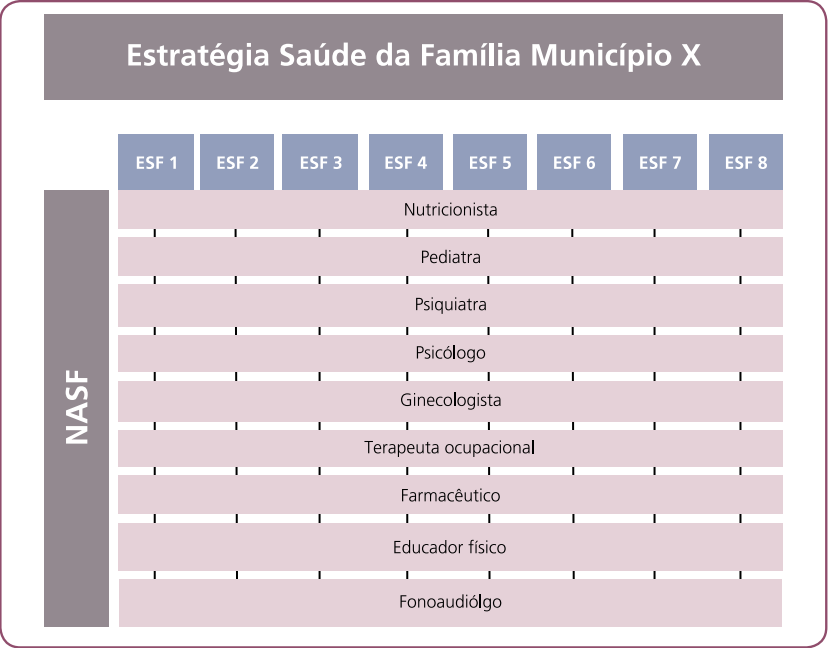
Esse organismo dinâmico permite o melhor aproveitamento das equipes de trabalho, pois os projetos acontecem em grande quantidade e os profissionais seguem de um para o outro, desempenhando diferentes papéis em cada um deles, de acordo com sua especialização e as habilidades necessárias a cada empreendimento. A grande vantagem que existe nessa abordagem é a otimização dos recursos, da função e do trabalho dos especialistas.

Figura 9 – Lógica de organização matricial



Fonte: Departamentalização... (2012).

Figura 10 – A organização matricial na Estratégia Saúde da Família



Para saber mais

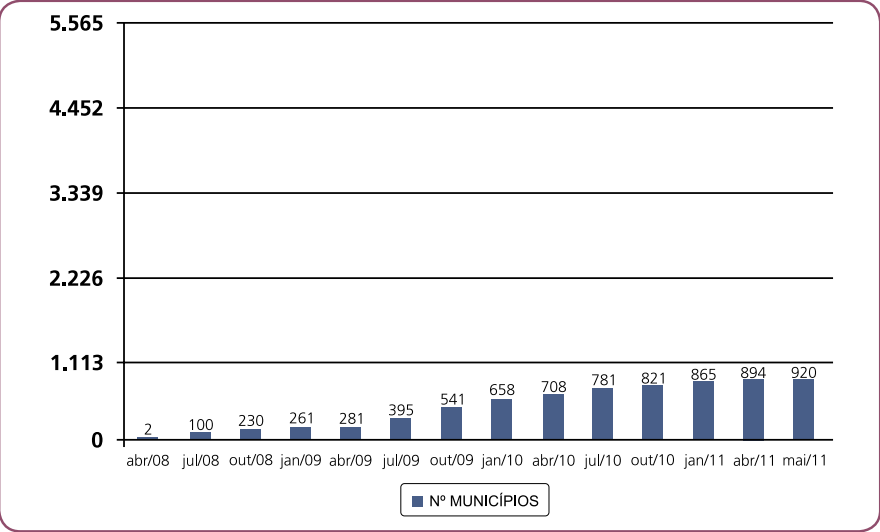
Sobre matriciamento, procure os textos:

- “Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde”, de Gastão Wagner de Souza Campos e Ana Carla Domitti (2007). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X2007000200016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
- “Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde”, de Gastão Wagner de Souza Campos (1999). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>.

Essas definições oriundas da Administração nos remetem ao que se pretende alcançar com a implantação do matriciamento na Estratégia Saúde da Família.

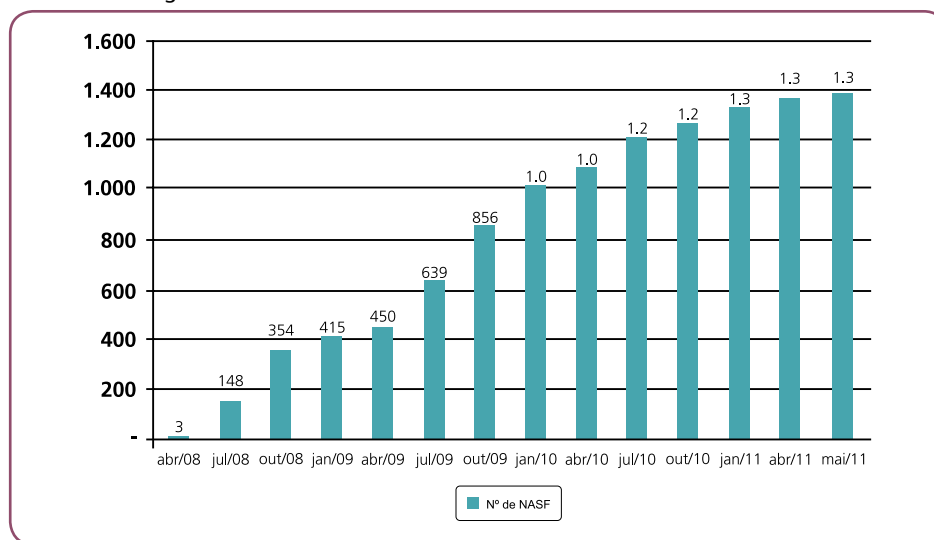
Antes de avançar na lógica do funcionamento do matriciamento é necessário definir e detalhar o que são Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ou Nasfs, e como funcionam.

Gráfico 3 – Evolução do número de municípios com Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados no Brasil/2008 – Agosto/2011



Fonte: Brasil (2011b).

Gráfico 4 – Evolução do número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados no Brasil/2008 – Agosto/2011



Fonte: Brasil (2011b).

A organização matricial tem as seguintes vantagens no contexto da ESF: evita-se a montagem de uma linha de cuidado fragmentada por uma composição de locais os quais o usuário percorre, com uma só equipe de referência responsável pela atenção integral e contínua ao usuário. As equipes de apoio matricial ampliam o limite das possibilidades técnicas.

O aumento da resolutividade das equipes de APS se dá por meio do aprimoramento das abordagens ou intervenções da equipe de apoio, alcançado pela presença dessas equipes ampliadas. Um núcleo matricial pode assim ser composto de profissionais com seus núcleos de saber específico, que aportam conhecimentos para traçar um melhor plano assistencial ou de intervenção.

É portanto um trabalho de natureza interdisciplinar, e vem dar conta de aportar ferramentas e conhecimentos complementares para a melhor estruturação e atuação da equipe considerada referência pelo usuário. As discussões dos casos permitem a formulação de projetos singulares, individuais e/ou coletivos para cada situação específica. Essa forma de organização facilita a combinação de saberes técnicos distintos no manejo de problemas comuns, transformando uma estrutura de trabalho centrada nas funções ou categorias profissionais em uma estrutura de trabalho por projetos terapêuticos (BRASIL, 2009b).

No apoio matricial o foco principal está nas trocas de saber em torno de necessidades ou problemas vivenciados pelas equipes. O apoio é ofertado na forma de saberes dos especialistas que compõem o Nasf

para a gestão de casos complexos que são assistidos pelas equipes. São adequados para problemas complexos, crônicos, multidimensionais, evitando a fragmentação do usuário em diversas intervenções atomizadas e pouco efetivas (BRASIL, 2009b).

O apoio matricial oferece retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico por meio de encontros regulares, definindo-se espectros de responsabilidades entre as equipes e os apoiadores, planejamento e execução de ações compartilhadas, educação permanente e resolução de conflitos (BRASIL, 2009a).

É importante frisar que os Nasfs não se confundem com o nível secundário de atenção, já que estão inscritos e vinculados ao âmbito das equipes e unidades de Saúde da Família. Têm como referência os casos trazidos pelas equipes e sua atuação está integrada à atuação da equipe, sem que a responsabilidade e a coordenação do cuidado saiam do âmbito das equipes.

Diversamente, no caso dos níveis secundários essa ação é mais estanque, com o paciente sendo referenciado para outro profissional, ficando sob a responsabilidade do profissional que passou a atendê-lo. São processos de trabalho distintos.

No caso dos profissionais dos Nasfs, eles se deslocam de uma equipe para a outra, buscando apoiar a cada uma nas tarefas assistenciais cotidianas, aportando com seus núcleos de conhecimentos, abordagens e intervenções. Os profissionais dos Nasfs poderão atuar individualmente ou em conjunto, dependendo dos casos em que a equipe considere necessário o apoio.

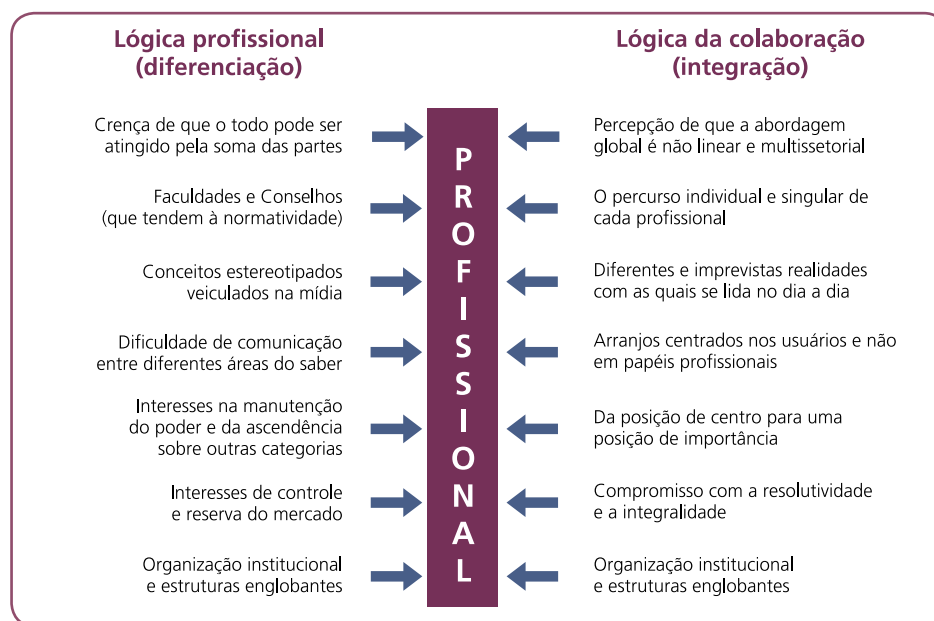
O apoio matricial permite ampliar a capacidade de análise, problematização, capacidade operacional, de manejo e acompanhamento, de investigação diagnóstica, terapêutica, de uso de protocolos clínicos, de regulação com os serviços de referência nos demais níveis do sistema, possibilitando potencializar o cumprimento da integralidade no próprio limite da APS.

No espaço do apoio matricial são facilitados os canais de comunicação entre os profissionais do Núcleo e as equipes de Saúde da Família, na medida em que compartilham os mesmos usuários, famílias, territórios e locais de trabalho. Os apoiadores podem também desempenhar um importante papel de elo com as equipes de referência secundária e terciária, facilitando a comunicação e a interação entre os níveis do sistema. Essa ampliação da capacidade resolutiva se presta também a ampliar a abrangência da abordagem às dimensões individual, familiar e comunitária, base indispensável para o alcance da integralidade.

Assim, conhecimentos advindos da psicologia, nutrição, serviço social, fisioterapia, educação física, entre outros, permitem a melhor condução da equipe em problemas relacionados aos problemas sociais, psicossociais, de comportamento, de vida comunitária, de doenças crônicas e reabilitação etc. Dessa forma se pode também ampliar o universo da atuação clínica, em direção a uma clínica ampliada.

No Quadro 5 podem ser vistas as características do trabalho na lógica do Matriciamento preconizado acima, que corresponde à lógica colaborativa ou de integração:

Quadro 5 – Elementos determinantes das lógicas da profissionalização e da colaboração interprofissional



Fonte: Furtado (2007).

A interdisciplinaridade nas práticas em saúde é um exercício de superar o modelo da lógica profissional, que busca sempre a diferenciação para o modelo de colaboração interprofissional. Sem abrir mão da formação profissional, ou sem negar a especificidade do conhecimento de cada profissão, o desafio seria promover a colaboração, estabelecendo pontes entre os distintos saberes.

Isso se dá com uma troca efetiva e uma colaboração entre disciplinas e profissões. Assim os arranjos gerenciais podem facilitar ou viabilizar ambientes de trabalho com maior grau de ação interdisciplinar. Pôde-se observar no Quadro 5 que, à medida que aumenta o grau de colaboração profissional, decresce a autonomia individual, uma vez que a condução

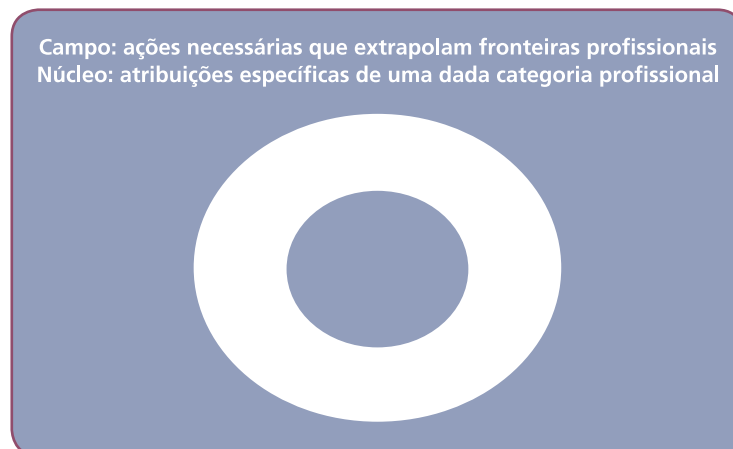
de planos terapêuticos passa a ser negociada entre os seus integrantes. Por outro lado, esse aumento de colaboração profissional expande a troca na tomada de decisões clínicas e a integralidade dos cuidados, permitindo o aumento de autonomia da equipe como um todo perante os problemas por ela enfrentados. Não devemos nos esquecer de que colaboração interprofissional é, essencialmente, trabalho em equipe. Este exige um ambiente de troca, cooperação, autonomia.

Os conceitos de núcleo e campo de competência e responsabilidade são também úteis para a análise e compreensão de ações e trânsitos entre especificidades que diferenciam e caracterizam os profissionais (núcleos) e iniciativas importantes, mas que não pertencem a nenhuma área em particular, requerendo, sobretudo, colaboração entre elas (campo).

Núcleo diz respeito aos elementos de singularidade que definem a identidade de cada profissional ou especialista e **campo** são as responsabilidades e saberes comuns ou convergentes a várias profissões ou especialidades. O **núcleo** é facilmente percebido por meio dos ditames dos conselhos profissionais, das disciplinas específicas de cada categoria e que conformam um dado profissional. O **campo** é mais aberto, sendo definido com base no contexto em que operam certas categorias de profissionais.

Na AB prevalecem ações ligadas ao campo. Esses conceitos permitem, simultaneamente, a consideração das especificidades que conformam cada categoria profissional ou área do saber (núcleos) e suas articulações possíveis dentro dos espaços definidos por demandas complexas, que extrapolam as fronteiras estabelecidas pelos núcleos de determinadas profissões ou áreas do conhecimento, constituindo campos.

Figura 11 – Equipe de referência: trânsito entre campo e núcleo



Fonte: Furtado (2007).

Nesse cenário, a construção do projeto terapêutico se dá mediante várias perspectivas e com base na interação entre o paciente e seus profissionais de referência, nas interlocuções desses últimos entre si e com outros grupos, como: família, instituições de saúde, setores culturais e socioeducacionais etc. É função básica desse dispositivo garantir a continuidade do tratamento, evitando-se a perda do paciente nas teias conhecidas e descontextualizadas constituídas pelos “encaminhamentos”. Seu sucesso está fundamentalmente ligado à ampliação da clínica (CAMPOS, 2003), o que significa garantir que os respectivos projetos terapêuticos considerem o seguimento dos pacientes tanto no plano subjetivo quanto no social, familiar, laboral, entre outros, porém sempre articulados pelos profissionais de referência.

Naturalmente, deverá ser garantido espaço sistemático de encontro entre os integrantes dessa equipe, de modo a discutir os casos novos, avaliar os pacientes em acompanhamento e definir ações que se façam necessárias. A tarefa da equipe de referência constitui-se em trabalho com e entre muitos, por isso o modelo de gestão e outras formas de organização do serviço deverão garantir à equipe a possibilidade de análise de seus inevitáveis conflitos, estabelecendo arranjos e dispositivos institucionais que possibilitem o convívio com a diferença – e apesar dela. É necessária a existência de espaços de supervisão clínico-institucional, oficinas de planejamento, discussões grupais e demais iniciativas que permitam emergir e circular a palavra, considerando os conflitos e os afetos inerentes à lida intensiva com pacientes graves (CAMPOS, 2003). Afinal, o trabalho em equipe pressupõe maior frequência e intensidade de relações e a superação de contatos protegidos por normas e protocolos, o que exige mais cuidado e análise constante das diferentes interações por parte dos coordenadores do serviço.

Além de ser um arranjo destinado a concretizar e potencializar o compartilhamento de práticas e saberes, a organização de serviços segundo a proposta de equipes de referência permite a superação de relações especulares entre terapeuta e paciente (sobretudo, quando se trata de doenças crônicas, com acompanhamento de longo prazo), e o recebimento de apoio de um dado profissional, por parte dos outros colegas da equipe de referência, quando se lidam com casos especialmente difíceis.

Um cuidado constante a ser tomado é de que a equipe de referência ocupe um lugar de importância, mas não de centro, na relação com o paciente – este, sim, deve ser o foco das ações e reflexões da equipe –, e que se garantam trânsitos e trocas entre essas equipes em um mesmo serviço, evitando-se o enclausuramento e eventuais disputas entre elas.

A atual regulamentação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais etc.) e Academia da Saúde.

Assim, são compartilhados os saberes e as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) à(s) qual(is) o Nasf está vinculado e no território dessas equipes.

Os Nasfs fazem parte da Atenção Básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (este, quando necessário, deve ser regulado pelas equipes de Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: Caps, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), Ambulatórios Especializados etc.), além de outras redes como o Sistema Único de Assistência Social (Suas), redes sociais e comunitárias.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do Nasf e as equipes de Saúde da Família/equipes de Atenção Básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência. Desse modo, será ampliada para um compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de Atenção Básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

Os Nasfs devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos Nasfs: discussão de casos, atendimento conjunto, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.



Todas as atividades podem ser desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, Academias da Saúde ou em outros pontos do território. Os Nasfs devem utilizar as Academias da Saúde como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de Atenção Básica para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição.

Quando presente no Nasf, o profissional sanitário pode reforçar as ações de apoio institucional e/ou matricial, ainda que as mesmas não sejam exclusivas dele, tais como: análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades, apoio à discussão de informações e indicadores de saúde (bem como de eventos-sentinelas e casos-traçadores e analisadores), suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades de educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado etc.).

Os Nasf podem ser organizados em três modalidades: Nasf 1, Nasf 2 e Nasf 3.

Para saber as diferenças entre essas modalidades, consulte a Portaria n. 3.124, de 28/12/2012, que redefiniu os parâmetros de vinculação dos Nasf Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, e criou a Modalidade Nasf 3.

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html

Fonte: Brasil (2011).



Para refletir

A primeira portaria que regulamentou os Nasf (Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008, revogada pela nova Pnab em 2011) apontava ações de algumas áreas prioritárias de atuação dessas equipes, entre elas a área de alimentação e nutrição. Reflita sobre essas ações: as prioridades apontadas para o Nasf em 2008 ainda constituem prioridades para a alimentação e nutrição na Atenção Básica no contexto atual? Que avanços e/ou dificuldades você identifica nessa área? Quais as contribuições do profissional nutricionista atuante no Nasf para a implementação dessas ações?

Ações de Alimentação e Nutrição – Ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo da vida e respostas às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais e desnutrição, bem como aos planos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não transmissíveis.

A promoção de práticas alimentares saudáveis é um componente importante da promoção da saúde em todas as fases do ciclo da vida e abrange os problemas vinculados à desnutrição, incluindo as carências específicas, a obesidade e os demais distúrbios nutricionais e sua relação com as doenças e agravos não transmissíveis.

Nessa direção, é importante socializar o 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.

A incorporação das ações de alimentação e nutrição, no âmbito da Atenção Básica, deverá dar respostas as suas principais demandas assistenciais, ampliando a qualidade dos planos terapêuticos especialmente nas doenças e agravos não transmissíveis, no crescimento e desenvolvimento na infância, na gestação e no período de amamentação.

O diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional com a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais, propiciada pelo sistema de vigilância alimentar e nutricional, confere racionalidade como base de decisões para as ações de nutrição e promoção de práticas alimentares saudáveis, que respeitem a diversidade étnica, racial e cultural da população.

As ações de Alimentação e Nutrição integram o compromisso do setor Saúde com relação aos componentes do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional criado pela Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006, com vistas ao direito humano à alimentação adequada.

Detalhamento das ações:

- conhecer e estimular a produção e o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente;
- promover a articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas e pomares comunitários;
- capacitar ESFs e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais, como ►

carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição; e

- elaborar em conjunto com as ESFs rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de Atenção Básica, organizando a referência e a contrarreferência do atendimento (BRASIL, 2008).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq), instituído pela Portaria do Ministério da Saúde número 1.654, de 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011), constitui-se um programa de indução de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

Estabelecem-se padrões de qualidade de abrangência nacional para avaliar a efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. O Pmaq está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo: Adesão – Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; Recontratualização.

A adesão ao Programa se dá mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, em um processo que envolve a participação do controle social.

A segunda fase consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de Atenção Básica. Estas estão organizadas em quatro dimensões: Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional.

A terceira fase consiste na avaliação externa, que será a fase em que realizar-se-á um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da Atenção Básica participantes do Programa.

E, finalmente, a quarta fase é constituída por um processo de pactuação singular das equipes e dos municípios, com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos

Para conhecer melhor o Pmaq-AB acesse: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pmaq>

participantes do Pmaq. No 1º ciclo do programa (2011-2012) foi definido um número de 47 indicadores.

A título de ilustração são descritos e detalhados a seguir dois indicadores ligados à alimentação e nutrição, incluídos no 1º ciclo do Pmaq (BRASIL, 2011):

Indicadores de desempenho e qualidade incluídos no programa

Indicador: Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas.

Conceito: este indicador expressa o percentual de crianças menores de 2 anos pesadas entre as acompanhadas em domicílio, em determinado local e período.

Função do indicador no Pmaq: avaliação de desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{número de menores de 2 anos* pesadas em determinado local e período}}{\text{número de menores de 2 anos** acompanhados no mesmo}} \times 100 \text{ local e período}$$

*Menores de 2 anos pesadas é o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias registrado no consolidado SSA2. No relatório SSA2 é a somatória de crianças de 0 a 11 meses e 29 dias pesadas com crianças de 12 a 23 meses e 29 dias pesadas.
 **Menores de 2 anos é o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias da Ficha C (é a cópia do cartão da criança que fica com o ACS) utilizada para acompanhamento domiciliar pelo ACS, registrado no consolidado SSA2. No relatório SSA2 é a somatória de crianças de 0 a 11 meses e 29 dias com crianças de 12 a 23 meses e 29 dias.

Fonte: numerador: Relatório SSA2 do Siab.

Denominador: Relatório SSA2 do Siab.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso: mede a cobertura de crianças de 2 anos pesadas, em relação ao total das acompanhadas no domicílio. A mensuração periódica do peso das crianças permite a identificação precoce de situações de risco e necessidades de intervenção associadas com baixo peso, desnutrição ou sobrepeso.

Considerando que as famílias com crianças devem ser priorizadas nas visitas domiciliares e que a mensuração do peso constitui uma atividade essencial para o acompanhamento das crianças, espera-se que a totalidade das crianças com menos de 2 anos seja regularmente pesada. Segundo dados obtidos de uma base limpa do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), mais de 90% das crianças acompanhadas na Saúde da Família seriam pesadas, com uma variação regional entre 85% (N) a 91% (NE). Esse indicador pode subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação da atenção à saúde da criança.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Busca ativa de crianças que não frequentam os serviços de saúde.
- Pesagem da criança em toda oportunidade de atendimento e atualização do peso na Caderneta de Saúde da Criança.
- Melhoria da qualidade dessas informações no Siab, vinculando essas ações à vigilância alimentar e nutricional realizada por meio do Sisvan nas comunidades.
- Realização de ações de vigilância alimentar e nutricional, no âmbito da Atenção Básica para a população adscrita.
- Monitoramento com regularidade desse indicador, utilizando seus resultados para a programação de ações e reorganização dos processos de trabalho da equipe com vistas à melhoria da sua cobertura.
- Garantia de disponibilidade de equipamentos antropométricos em quantidade e condições de funcionamento adequados.

Indicador: Cobertura de crianças menores de 5 anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).

Conceito: percentual de crianças menores de 5 anos de idade cujo estado nutricional foi acompanhado no âmbito da Atenção Básica por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Função do indicador no Pmaq: monitoramento.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{número de menores de 5 anos com estado nutricional acompanhado no Sisvan}}{\text{número de menores de 5 anos cadastrados no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: numerador: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan.

Denominador: Ficha A do Siab.

Periodicidade: mensal.

Interpretação e uso: mede a proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram o estado nutricional acompanhado dentro das ações de puericultura da Atenção Básica à saúde, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). Nas crianças menores de 5 anos, a vigilância nutricional por meio do Sisvan permite avaliar indicadores como peso-para-idade, altura-para-idade e Índice de Massa Corporal (IMC) para idade, permitindo o cálculo de importantes prevalências, tais como desnutrição (ponderal e crônica), eutrofia (para quaisquer dos indicadores), excesso de peso e obesidade. O indicador de desnutrição infantil no Pacto pela Saúde (baixo peso para idade em crianças menores de 5 anos) é obtido a partir do Sisvan, portanto a melhoria da cobertura desse sistema também promove o alcance da meta pactuada pelo município. ►

Limitações: em alguns municípios brasileiros, o acompanhamento nutricional do Sisvan é limitado ao acompanhamento das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, gerando um viés na cobertura do público-alvo.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Melhorar a qualidade das ações de puericultura: acompanhamento nutricional do máximo de crianças no território das equipes.
- Busca ativa de crianças que não frequentam os serviços de saúde.
- Disponibilidade de equipamentos antropométricos nas unidades etc.
- Capacitação dos profissionais da AB para melhoria da alimentação do Sisvan e do Siab, assim como a sua utilização para o diagnóstico individual e coletivo.
- Orientação das ações das equipes em relação à agenda de alimentação e nutrição nas comunidades.
- Realização de ações de vigilância alimentar e nutricional no âmbito da Atenção Básica para a população adscrita.

Fonte: Brasil (2011).



Para refletir

No seu município há equipes de Atenção Básica participando do PMAQ? Caso sim, que tal conversar com uma dessas equipes para conhecer que tipo de mudanças o programa está promovendo no processo de trabalho?

Considerações finais

Esperamos ter demonstrado a importância do SUS para a melhoria da saúde da população e o papel central que a ESF tem a desempenhar nesse contexto. O engajamento de gestores e profissionais comprometidos e conscientes de seu papel é muito importante para o futuro da saúde no Brasil, dentro de uma perspectiva de desenvolvimento sustentado, com equidade social em busca da melhoria da qualidade de vida. Há ainda que se destacar o importante desafio de se construir um sistema da grandeza do SUS, respeitando as particularidades de cada região do país com seus problemas e necessidades.

Referências

AERTS, D. et al. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1020-1028, ago. 2004.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011a.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*], Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 31 mar. 2009.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 1990a. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8142.htm>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferências de saúde e gestão participativa. Brasília, DF, [2007]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26558>. Acesso em: nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.843, de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 jul. 2011e. Disponível em: <http://Bvsmms.Saude.Gov.Br/Bvs/Saudelegis/Gm/2011/Prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica – NOB 01/1996. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 out. 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. *Diário Oficial da União*, Brasília DF, 6 de novembro de 2009. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria2669_versao_impressao.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 30 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sispacto*: aplicativo do Pacto pela Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>>. Acesso em: nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sispacto*: manual de instruções. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/numero_municipio_nasf.jpg>. Acesso em mar 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SUS, a saúde do Brasil*. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/sus20anos/mostra/linhadotempo.html>>. Acesso em: ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica e a Saúde da Família*. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes do NASF*: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF, 2009a. (Cadernos de atenção básica). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pacto pela saúde*. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clinica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*: manual instrutivo: anexo: ficha de qualificação de indicadores. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq_manual_instrutivo_anexo.pdf>. Acesso em: nov. 2012.

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. *Promoção da saúde e a saúde pública*: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out. 1998.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em mar. 2013.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X2007000200016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em mar. 2013.

CAMPOS, O. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 122-149.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas, 2003. Mimeografado.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

COHEN, M. M.; LIMA, J. C.; PEREIRA, C. R. A. A vigilância sanitária e a regulação do SUS pelas normas operacionais. In: DE SETA, M. H. (Org.). *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. *Carta de Ottawa*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadarq/ottawa.pdf>>. Acesso em: jan 2010.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. *Cadernos de saúde: planejamento e gestão em saúde*. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. cap. 2, p. 11-26.

DEPARTAMENTALIZAÇÃO matricial. In: WIKIPEDIA: a enciclopédia livre. [S.l.], 13 abr. 2012. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Departamentaliza%C3%A7%C3%A3o_matricial>. Acesso em: nov. 2012.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. *Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde*. Porto Alegre: Secretaria de Estado de Saúde, [2010?]. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>. Acesso em: nov. 2011.

FURTADO, J. P. Reference teams: an institutional arrangement for leveraging collaboration between disciplines and professions. *Interface: comunicação, saúde, educação*, São Paulo, v.11, n. 22, p. 239-235, maio/ago. 2007.

[LINHA do tempo]. 2012. Disponível em: <http://2.bp.blogspot.com/-Cb20_XfWzHc/Te1In6EviAI/AAAAAAAAAgE/yYefh6t0qU/s1600/linhadotempo-fundotodo.jpg>. Acesso em: nov. 2012.

LEVCOVTZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>>. Acesso em mar. 2013.

LIMA, L. D. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 573-597, nov. 2008/fev. 2009.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. (Org.) et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

MARTINS ZURRO, A.; CANO PÉREZ, J. F. Compendio de atención primaria. Madrid: Ed. Haucourt, 2000.

MACNKO, J. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 60, n. 1, p. 13-19, Jan. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465542/>>. Acesso em: nov. 2012.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica ou atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais: origens e diferenças conceituais. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/307/203>>. Acesso em mar. 2013.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OBJETIVOS do pacto pela saúde. 2012. Pesquisa realizada no site do Google. Disponível em: <http://www.google.com.br/#sclient=psy-ab&hl=pt-BR&site=&source=hp&q=objtivos%20do%20pacto%20pela%20sa%C3%BAde&pbx=1&oq=&aq=&aql=&gs_sm=&gs_upl=&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_cp.,cf.osb&fp=bfd72a1a808d676c&biw=1440&bih=809&pf=p&pd=500>. Acesso em: nov. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. Brasília, DF, 2005. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf>. Acesso em: 1 out. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Conselho Diretor, 44. Sessão do Comitê Regional, 55. Resolução CD44.R6: Atenção primária de saúde nas Américas: lições aprendidas em 25 anos e futuros desafios. Washington, D.C., set. 2003. Disponível em: <<http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd44-r6-p.pdf>>. Acesso em: fev. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Renovação da atenção primária nas Américas*: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, DC, 2007. Disponível em: <http://www.uepa.br/portugal/downloads/PETSAUDE2012/REF_BIBLIOGRAFICAS/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf>. Acesso em: fev. 2013.

PAIM, J. S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: RASSI NETO, E.; BÓGUS, C. M. (Org.). *Saúde nos aglomerados urbanos*: uma visão integrada. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde: Ministério da Saúde, 2003.

SALA, A. A avaliação de programas de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1993. cap. 3, p. 117

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 533-546, 2010.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, a. 7, n. 2, abr./jun. 1998.

3. Determinantes de saúde e nutrição da população brasileira

Denise Cavalcante de Barros, Elyne Engstrom, Ursula Viana Bagni e Mirian Ribeiro Baião

O objetivo deste capítulo é apresentar a complexidade da situação de saúde e nutrição da população brasileira por meio da compreensão dos seus determinantes sociais. Discutiremos as tendências e a evolução dos problemas nutricionais ao longo dos últimos vinte anos, dando maior destaque às informações sobre o estado nutricional de crianças e adultos.

Os determinantes sociais de saúde e nutrição – uma breve reflexão

Para a compreensão dos determinantes de saúde e nutrição de uma população, um primeiro ponto que deve estar claro é o que compreendemos como saúde e doença e como ambas se relacionam entre si e com os diversos fatores que podem, de algum modo, interferir nessas condições.

Ao longo da história esses conceitos foram discutidos e compreendidos sob diferentes olhares. Na perspectiva da cosmologia, saúde e doença tinham um misto de religião e magia; a visão holística reforça a concepção de haver um equilíbrio no organismo; pela visão hipocrática, o meio ambiente passou a ser considerado nessa relação de equilíbrio. O modelo biomédico, que predomina ainda fortemente na atualidade, se alinha ao pensamento microbiano, estando mais focado na doença. No final da década de 1970, contrapondo-se à visão biomédica, surgiu o modelo sistêmico, que passou a considerar os diversos elementos do ecossistema no processo saúde-doença. Por último, o modelo da História Natural da Doença, cuja sistematização orientou a organização do cuidado por diferentes níveis de complexidade nos serviços de saúde, considerando recursos e ações.



Para saber mais

Sobre determinantes sociais, consulte a página eletrônica <http://www.determinantes.fiocruz.br/> ou leia o artigo “A saúde e seus determinantes sociais”, de Paulo Marchiori Buss e Alberto Pellegrini Filho (2007). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100006&script=sci_arttext

Com base nessa rápida retrospectiva, podemos dizer que, entre os diversos paradigmas explicativos para os problemas de saúde, surgem as teorias que buscam compreender a situação de saúde e doença, a partir das importantes mudanças sociais e das práticas de saúde observadas no âmbito dos novos processos de urbanização e industrialização em cada momento histórico.



Miasma teve sua teoria predominante na Idade Média. Segundo essa teoria, acreditava-se que a doença era causada por odores e gases que proliferavam no ar ou no solo. Essas substâncias eram arrastadas pelo vento, causando o adoecimento do indivíduo.

A história da saúde pública no Brasil foi abordada neste livro no Capítulo 1, "Antecedentes do SUS: histórico da saúde pública e da Atenção Básica".

No decorrer da história, considerou-se que o bem-estar da pessoa estava diretamente relacionado ao seu ambiente, isto é, o ar, a água, a alimentação e os locais que frequentava. Nestes termos, estudos sobre a contaminação da água e dos alimentos, assim como sobre riscos ocupacionais, trouxeram importante reforço para o conceito de **miasma** e para as ações de saúde pública.

Nos dias atuais, a doença não está mais centrada somente nos agentes externos, os ditos micro-organismos, mas também dentro do próprio corpo dos indivíduos, ou seja, em suas células. Podemos ilustrar como exemplos desse pensamento os crescentes casos das doenças chamadas crônicas não transmissíveis, como os diferentes tipos de câncer, doenças cardiovasculares e a obesidade. Com o avanço surpreendente das

tecnologias, essas doenças podem sofrer interferências cada vez mais precoces, tanto internas como externas ao corpo, de modo positivo ou negativo para a saúde. No caso do câncer, a maior disponibilidade de medicamentos, exames laboratoriais e diagnósticos por imagens é mais precisa e possibilita uma maior rapidez e resposta no seu tratamento e cura. Por outro lado, a exposição crescente a radiações, agentes poluentes no ar e alimentos contaminados por agrotóxicos ou geneticamente modificados estão entre os possíveis fatores de risco para o aumento de casos da doença.

O fato é que se passa a considerar a saúde e a doença como estados de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais. Em outras palavras, o importante é reconhecer que a saúde e a doença não são fatos isolados e estão relacionados a uma série de fatores, expressos pela forma como a sociedade se organiza. A saúde ou a doença irá manifestar-se de modo diferente nos indivíduos, grupos e populações, considerando as condições de acesso à saúde e aos cuidados com as doenças.

Assim, entram na pauta das políticas públicas e dos programas em saúde os novos modos e estilos de vida, as práticas ditas saudáveis e o conceito de risco, que se desenham e se estabelecem em diferentes locais, dando condições para o surgimento da saúde ou da doença, acompanhado das iniquidades sociais. Isso pode ser observado, por exemplo, quando ocorre o aumento da poluição ambiental, repercutindo no sofrimento da população, com o aumento de doenças infecciosas e alergias. Outra situação importante diz respeito à dinâmica da vida moderna, contribuindo para que as pessoas aumentem o consumo de alimentos industrializados e ultraprocessados, caracterizando um dos aspectos da má alimentação, podendo ter como consequências as doenças carenciais e/ou obesidade. Há que se destacar ainda a miséria e a exclusão social, presentes em nossa sociedade, levando ao aumento da violência e ao consumo de drogas, entre outras situações.

Assim, cada vez mais o conflito entre a saúde pública e a medicina e entre os enfoques biológico e social do processo saúde–doença coloca-se no centro do debate sobre a configuração de um novo campo de conhecimento, de prática e de educação para definição dos determinantes sociais em saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Para refletir

Pense sobre os problemas de saúde mais prevalentes na comunidade onde você trabalha. Quais fatores podem influenciar na ocorrência desses problemas?

Os estudos sobre as relações entre determinantes sociais de saúde têm como principal desafio a sua hierarquização, considerando os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e o modo como esses fatores permeiam a situação de saúde de grupos e pessoas.

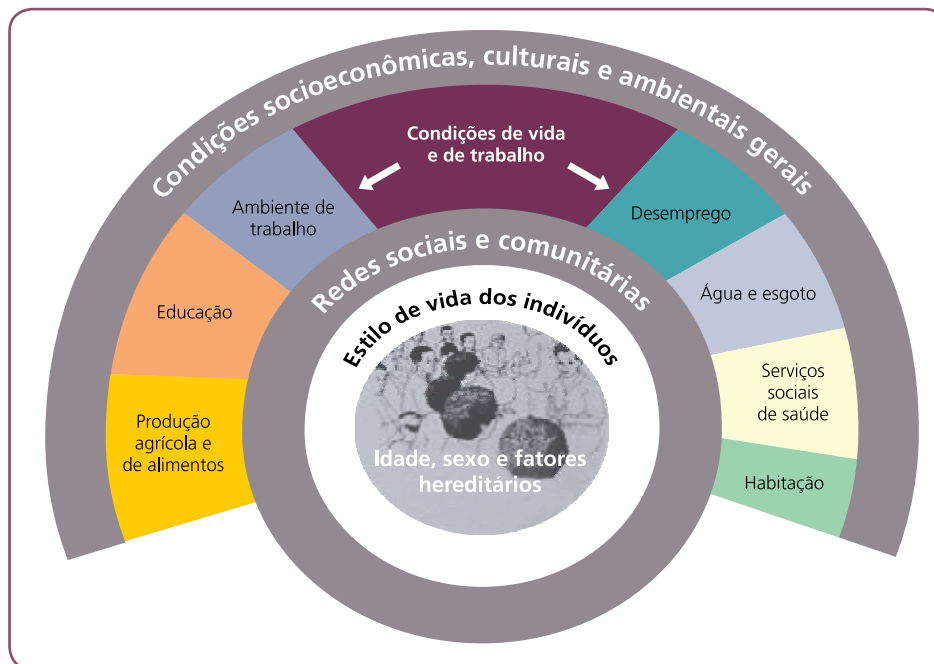
Nos primórdios, a relação de determinação da doença era compreendida simplesmente como resultado de causa-efeito, ou seja, para cada doença existia um agente etiológico correspondente. Nos dias atuais, com os avanços no campo da epidemiologia, verifica-se que são vários os fatores relacionados à ocorrência das doenças, e não somente uma única causa. Incorpora-se, então, a concepção multicausal da determinação do processo saúde-doença.

Para Buss e Pellegrini Filho (2007), apropriando-se dessa complexidade de fatores e relações que permeiam a vida humana é que se pode identificar onde e como as intervenções serão feitas e como focar nos pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto.

Outro desafio destacado pelos autores refere-se à distinção entre os determinantes relacionados à saúde dos indivíduos e aqueles que se referem aos grupos e populações. Alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas. Em outras palavras, não basta somar os determinantes de saúde identificados em estudos com indivíduos para conhecer os determinantes de saúde em sociedade.

Embora existam diferentes modelos de determinação social, no Brasil, foi adotado o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991 apud COMISSÃO DE DETERMINANTES..., 2008), pelo fato de ser um modelo ao mesmo tempo abrangente e simplificado, que facilita a compreensão da complexa rede de determinantes sociais da saúde.

Figura 1 – Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991 apud COMISSÃO DE DETERMINANTES..., 2008).

As importantes diferenças de mortalidade constatadas entre classes sociais ou grupos ocupacionais não podem ser explicadas pelos mesmos fatores aos quais se atribuem as diferenças entre indivíduos, pois mesmo se controlarmos esses fatores (hábito de fumar, dieta, sedentarismo etc.), as pesquisas mostram que as diferenças entre esses estratos sociais permanecem quase inalteradas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Nesse contexto, podemos concluir que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença. Esse efeito precisa ser considerado quando se quer estabelecer uma política de saúde em nível mais macro e/ou planejar ações e intervenções em níveis mais imediatos da atenção primária em saúde. O governo e os profissionais de saúde, antes de atuar, precisam compreender as relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população.

Considerando a realidade do povo brasileiro, onde a desigualdade entre os grupos populacionais persiste e confirma-se por meio dos indicadores socioeconômicos e de saúde, é fundamental que as atuais políticas no campo da alimentação e nutrição atuem de modo amplo o suficiente

para atender a essa complexa e polarizada demanda. De um lado, a fome e desnutrição, que decorrem da miséria e, por outro, os agravos relacionadas aos excessos decorrentes do aumento de consumo de bens e serviços por nossa população. Em nossa prática cotidiana convivemos com os problemas relacionados à falta de alimentos, à fome propriamente dita e, ao mesmo tempo, observamos o grande desperdício de alimentos e o consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em gorduras saturadas e açúcares.

Para refletir

Como atuar diante dessa complexidade de fatores que determinam a situação alimentar e nutricional da população?

Determinantes do perfil nutricional

Podemos dizer que não há um motivo, mas um “conjunto de fatores” que influenciam, favoravelmente ou não, a situação de saúde e nutrição de uma comunidade. Esse conjunto de fatores é também chamado de determinantes ou condicionantes do estado nutricional de uma população e é responsável pela tendência de um problema nutricional na coletividade (BARROS; SILVA; GUGELMIN, 2007).

Quando estudamos os determinantes de um problema de saúde ou nutrição, estamos na verdade querendo conhecer os fatores que influenciaram o estabelecimento desse problema no perfil da população e de que maneira eles atuam ao longo do tempo.

Mas conhecer os determinantes de um problema de saúde ou nutrição é útil para quem? Considerando como exemplo a redução da desnutrição infantil, podemos perguntar: por que isso aconteceu ou o que influenciou esse declínio? As respostas serão úteis para as atuações de:

- gestores de políticas públicas, que avaliam as ações já empreendidas, reformulando-as se necessário, para que tenham impacto na situação de saúde;
- profissionais que executam as ações, porque valorizarão as suas práticas, propiciarão retorno para o serviço de saúde e reavaliação de ações;
- beneficiários de políticas e ações de saúde e nutrição, porque eles receberão as atenções previstas em cada programa.

Por exemplo, se estamos convencidos de que a suplementação alimentar, associada às ações de saúde, é uma forte aliada na recuperação de crianças desnutridas, esta ação será reforçada tanto por profissionais que atendem as crianças (no espaço da unidade de saúde), quanto por gestores locais e de instâncias decisórias superiores. Dito de outra forma, a suplementação alimentar, naquela região e para aquela população – **crianças** –, associada às ações de saúde, atuará no determinante de saúde e nutrição – **desnutrição** – e sua identificação, como tal oportunidade, a implementação de ações pelos diversos níveis da atenção a saúde.

Você deve estar pensando em outras causas que poderiam influir no estado nutricional de indivíduos e populações. Certamente podemos afirmar que há múltiplas causas que condicionam essa questão. Barreto e Carmo (2000), em seu estudo sobre determinantes da saúde, apontam para o papel das mudanças sociais e econômicas e a ação das intervenções médicas.

Esses dois temas são exemplos de grandes blocos ou grupos de determinantes do estado nutricional. Quando citamos as mudanças sociais, muitos fatores estão sendo considerados em um único termo, como a melhoria da renda das famílias, ou das condições de saneamento, que influenciam favoravelmente o estado nutricional. As intervenções na saúde, como as ações básicas, a incorporação de tecnologias, ou mesmo a maior cobertura dos serviços também podem contribuir para melhoria do estado de saúde e nutrição da população.

Podemos concluir que são várias as causas que influenciam ou determinam uma dada situação nutricional em um grupo específico. Além disso, existe um dinamismo nesses determinantes, em que cada um assume importância maior ou menor em dado momento, já que o meio social está em constante transformação. O indivíduo interage com esse meio, modificando-o e sendo modificado por ele.



A compreensão sobre como o conjunto de fatores socioeconômicos, ambientais e culturais afeta o comportamento da situação de saúde e nutrição de uma população é fundamental para o planejamento de intervenções e políticas.

Citamos como exemplos de ações básicas em saúde: vacinação, controle das diarreias, acompanhamento do crescimento, controle das infecções respiratórias agudas e o aleitamento materno.

Para refletir

Quais outras mudanças sociais têm importância na redução da desnutrição infantil no Brasil? E na sua região?

Modelo causal como forma de entender o dinamismo dos determinantes de saúde e nutrição

A epidemiologia propõe uma forma de organizar esses determinantes, e concebe o que se chama modelo causal de uma dada situação que envolve a vida das pessoas. O modelo causal é uma forma de entendermos os determinantes de uma situação em uma comunidade, ou seja, as causas da obesidade em adultos, da desnutrição em crianças, da anemia em gestantes, entre outras manifestações. Como existem múltiplas causas para uma situação de saúde e nutrição, o modelo deve contemplá-las, em sua maioria, interrelacionando-as e formando uma rede de causalidade.

O modelo causal é uma representação gráfica simplificada das causas e dos mecanismos de um determinado fenômeno. Ele ordena, de forma explícita e hierarquizada, o complexo processo de determinação do estado nutricional de um grupo ou população (BEGHIN, 2002).

Sobre o uso do modelo causal na área de alimentação e nutrição, podemos destacar:

- O modelo deve ser construído para cada situação nutricional específica e, especialmente, para cada grupo etário (crianças, adultos, idosos etc.) ou segmento populacional (indígenas, quilombolas etc.). Assim será possível atribuímos importâncias relativas para cada causa ou grupo de forma hierarquizada.
- Existem diversas formas de representação de um modelo causal. Podem ser feitos sob a forma de uma árvore, de um diagrama ou de um esquema.
- Modelos causais construídos para populações ocidentais não devem ser utilizados para compreender as causas de doenças entre povos indígenas, comunidades tradicionais ou outros grupos específicos.

Lembre-se de que o modelo é dinâmico: cada causa pode ter uma importância maior ou menor em um dado período de tempo.

Na avaliação das causas de uma situação nutricional e suas tendências, os estudiosos da área da saúde pública constroem um modelo teórico ou uma hipótese mais provável, relacionando os fatores potenciais que contribuem para a determinação de tal situação. Baseados em dados de pesquisas, eles comparam informações de diferentes estudos e propõem modelos, considerando desde as causas mais próximas e inerentes aos indivíduos (as de seu meio familiar) até as mais gerais (do meio ambiente em que os indivíduos se inserem).

De forma esquemática, podemos pensar que há três níveis determinantes no modelo da desnutrição (UNITED NATIONS, 2000):

- **Imediatos:** a primeira instância do modelo, próxima ao indivíduo e que depende do consumo alimentar e do gasto energético ou da utilização biológica dos alimentos, refere-se a fatores diretamente relacionados com o estado de saúde do indivíduo e com as características de seu ciclo de vida.
- **Intermediários:** causas que são mediadoras entre o meio social e o indivíduo, ou seja, que modulam as demais causas, podendo “amenizar ou melhorar” um ambiente desfavorável ao estado nutricional. O acesso a serviços essenciais, como saneamento e saúde, é um exemplo de causa que pode modificar uma situação de saúde e nutrição, mesmo em populações cujas condições sociais (básicas) são desfavoráveis.
- **Básicos:** também chamados de estruturais ou distais, refletem políticas públicas voltadas para a geração de emprego, aumento da renda, saúde, educação e cultura.

Por exemplo, a desnutrição infantil é uma alteração nutricional decorrente do desequilíbrio entre duas vertentes principais: o **consumo alimentar** e a **saúde** (nesse caso, utilização biológica dos alimentos). No indivíduo, alguns quadros de doenças precisam ser compensados com consumo adequado de alimentos (fonte de energia), pois elas:

- desenvolvem maior **catabolismo**, como febre e infecções;
- propiciam perdas anormais, como a diarreia;
- ou causam situações que aumentam as necessidades energéticas do organismo.

Catabolismo é o processo metabólico por meio do qual células do organismo transformam substâncias complexas em outras mais simples, gerando energia.

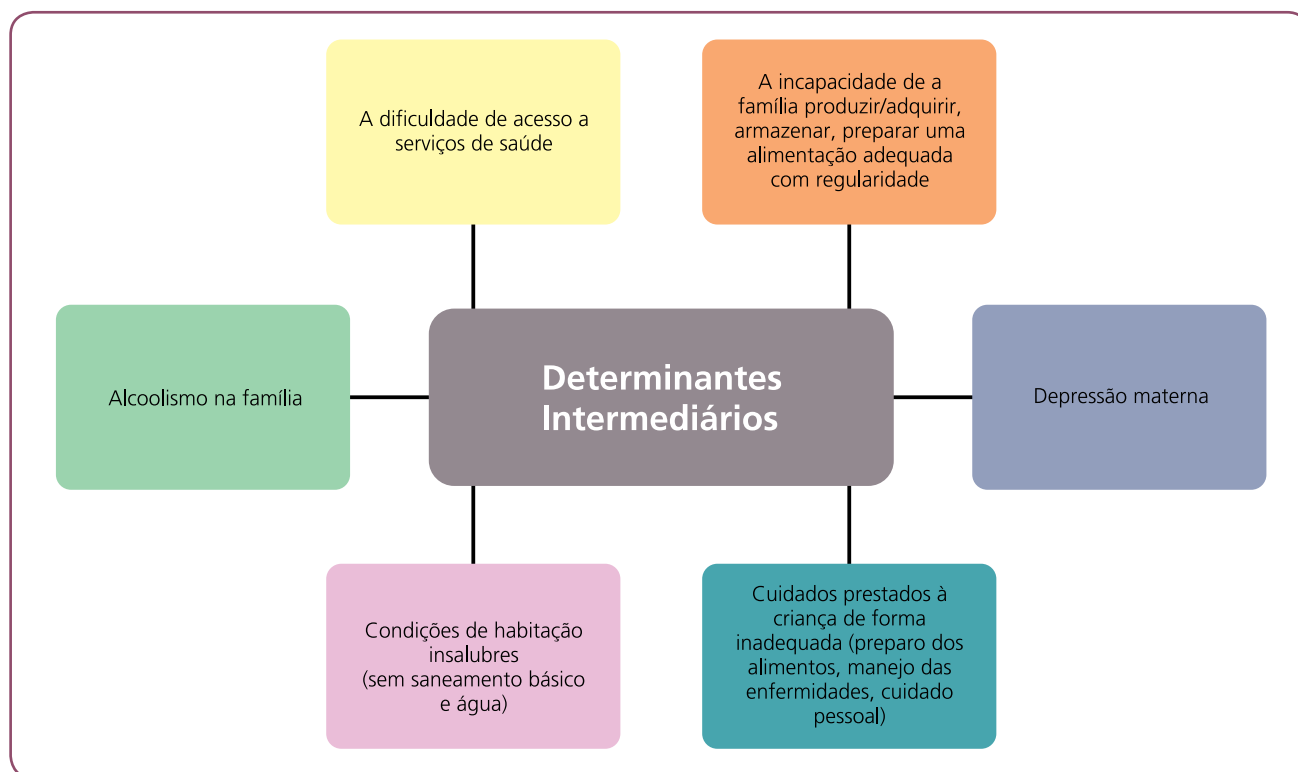
Caso isso não aconteça, o desequilíbrio se instala, surgindo os déficits nutricionais que irão depender de duração, intensidade e das reservas anteriores do organismo. A persistência de um consumo de alimentos deficiente contribuirá para a manutenção dos déficits. Estes seriam exemplos de **determinantes imediatos** (mais próximos) do indivíduo.

O consumo e o estado de saúde, além de condicionados por fatores biológicos, são também modulados pelas condições sociais, econômicas, culturais e do meio ambiente. Nesse contexto, podem ser considerados determinantes intermediários da desnutrição infantil os itens apresentados pelo esquema a seguir.



As ações que dizem respeito aos determinantes imediatos evitam que a situação da família e dos indivíduos se agrave, ou aliviam o quadro geral desses segmentos.

Esquema 1 – Determinantes intermediários da desnutrição infantil



O nível de renda familiar (capacidade de compra/trabalho/salário) condiciona uma série desses fatores, cuja influência na situação de saúde e nutrição pode ser modulada ou compensada pela oferta de serviços públicos (saúde, saneamento, educação) e pela presença de programas governamentais compensatórios, como os de suplementação alimentar. No modelo causal, destaca-se ainda a importância de incluir a disponibilidade de alimentos por políticas sociais compensatórias ou de abastecimento. Essas políticas possibilitam o acesso e permitem a compra adequada de gêneros alimentícios, sendo importantes para questões que influenciam o consumo alimentar. Economia, política e ideologias – incluindo aspectos jurídicos, de organização social, mecanismos de exclusão etc. – são determinantes básicos do modelo da desnutrição.

É importante ressaltar que os modelos contribuem para identificar as principais causas de uma dada situação diagnosticada e de que forma essas causas se situam em diferentes níveis de ação. No enfrentamento de uma questão de saúde pública, é importante atuar simultaneamente nos determinantes imediatos e intermediários, que afetam mais diretamente as famílias e os indivíduos (e que são consequentes de processos sociais mais amplos), mas também nos básicos.

Para superar um contexto crítico, é fundamental também que sejam alterados os determinantes mais amplos que geram os problemas, para que os programas não sejam apenas medidas compensatórias de problemas continuamente gerados pela macroestrutura social. De posse dessa informação, gestores podem selecionar e propor políticas e programas mais efetivos para o controle dos agravos nutricionais prioritários. Para os profissionais de saúde, essa informação permitirá melhor compreensão da realidade de sua comunidade, possibilitando a reorganização das atividades e mudanças em sua prática cotidiana (BARROS; SILVA; GUGELMIN, 2007).

As diferentes realidades nutricionais brasileiras

Compreender a diversidade de realidades que caracterizam a situação nutricional de uma população contribui para a definição de prioridades, de políticas e ações públicas. A possibilidade de intervenção eficaz revela a importância de conhecer a situação de alimentação e nutrição, também chamada de perfil ou retrato da coletividade, particularmente em um país como o Brasil, imenso em extensão territorial e com grande diversidade étnica e heterogeneidade nas condições de vida e saúde de seus habitantes. Essa diversidade no Brasil também se reflete nos principais problemas nutricionais encontrados na população, oscilando entre carências nutricionais e de micronutrientes e a obesidade. Os problemas variam segundo a região do país, a área urbana ou rural, a condição social (renda, escolaridade), o grupo étnico e etário. Assim, a melhor forma de conhecer essa diversidade é realizar o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população – hoje uma diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) –, que fornecerá informações para o planejamento de intervenções eficazes em todos os níveis.

Para os gestores, o monitoramento da situação de saúde, alimentação e nutrição de coletividades fornece informações valiosas para o melhor planejamento das ações de intervenção na área da saúde. Vale a pena destacar que a informação deve ser ágil e representar a realidade epidemiológica de uma localidade, para que a intervenção seja eficaz.

O que queremos dizer é que não existe apenas uma realidade epidemiológica, um problema nutricional prioritário no Brasil, mas, sim, problemas variados segundo a ótica considerada (etnia, região, grupo etário etc.). Ademais, as alterações nutricionais estão relacionadas às questões de saúde e ao contexto de vida mais geral da população. Se quisermos de fato conhecer o perfil de saúde de uma coletividade, devemos ir além de um simples retrato ou diagnóstico momentâneo.

Sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, você verá um pouco mais no Capítulo 5 deste livro.

Precisamos considerar a evolução (tendência) e os fatores que influenciaram (determinantes) tal perfil.

Seguindo a mesma tendência mundial, no Brasil podemos observar que houve queda marcante da desnutrição infantil (delimitando-se cada vez mais em áreas e famílias de maior risco) e um aumento da obesidade na população adulta em um ritmo bastante acelerado, tanto em homens quanto em mulheres, em todas as regiões do país (IBGE, 2010). Essa tendência tem sido descrita como transição nutricional (MONTEIRO, 2000), ou seja, mudanças ao longo do tempo nos padrões nutricionais associados à modificação da estrutura alimentar, demográfica, socioeconômica, epidemiológica e de estilo de vida das populações (POPKIN, 1993).

Como explicar a diversidade das questões de saúde e das condições de vida da população?

O perfil de saúde de qualquer sociedade muda a intervalos de tempo relativamente curtos, ou seja, a dinâmica das transformações é uma característica esperada. Por exemplo, nas décadas de 1970-1980, o perfil de morbimortalidade infantil revelava a presença importante das doenças diarreicas e infecciosas. Dos anos 1990 para cá, essas doenças sofreram importante redução e outras causas de morbimortalidade assumiram o papel de destaque, como as doenças do período neonatal.

No Brasil, aconteceram importantes modificações nas condições de vida e melhorias significativas nos padrões de saúde da população. Elas podem ser vistas em alguns indicadores de morbimortalidade, tais como:

- Aumento significativo da expectativa de vida (as pessoas vivem mais, atingindo idades médias de 70/80 anos);
- Redução significativa nas taxas de mortalidade infantil e mortalidade por doenças infecciosas.

Esse quadro reflete mudanças demográficas no Brasil, como o aumento da população idosa e suas implicações. As mudanças podem ser compreendidas, por um lado, como maior acesso a bens, serviços e novas tecnologias, o que contribui para a diminuição da ocorrência de adoecimento e morte por doenças infecciosas e para o aumento da expectativa de vida da população; e, por outro lado, como aumento da ocorrência de doenças crônicas, que trazem como consequência a sobrecarga dos serviços de saúde com cuidados, especialmente para a população em idade mais avançada.

Outra questão é que a melhoria dos resultados nos indicadores de saúde e nutrição não aconteceu de modo igualitário para a população brasileira como um todo. Há ainda grandes contrastes regionais, expressos pelas desvantagens das áreas rurais em comparação às urbanas quanto aos indicadores de saúde, assim como desigualdades na assistência à saúde. O acesso a bens e serviços ainda é precário nas áreas rurais, trazendo sérias repercussões para a saúde da população residente, o que demonstra que os avanços não atingiram de forma igualitária todos os brasileiros.

Na busca da melhor compreensão do processo de mudanças demográficas no Brasil, no início da década de 1970 estudos sobre as modificações nos padrões de morbimortalidade procuravam relacionar e entender a influência das mudanças na estrutura demográfica de diversas populações. É a chamada transição demográfica, que acontece em diferentes países, incluindo o Brasil, e se caracteriza em primeiro lugar pela diminuição nas taxas de mortalidade, seguida da redução das taxas de fecundidade.

Segundo Omran (1971), a evolução de uma sociedade tradicional para a moderna seria acompanhada de uma redução na morbimortalidade por doenças infecciosas e a ascensão das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estas modificações estariam relacionadas à incorporação de novas tecnologias, que, como dito anteriormente quando falamos em transição demográfica, trazem mais acesso a bens e serviços, mas também aos efeitos ditos perversos, resultantes dos modos de vida modernos. Como exemplo de fatores que contribuem para o aumento das DCNTs, temos a inatividade física e o aumento no consumo de alimentos industrializados e com altas concentrações de açúcares, gorduras, sódio e de agentes tóxicos.

Essa ideia é definida segundo o conceito de transição epidemiológica, em que ocorre um processo de alterações sucessivas nos padrões de morbimortalidade, seguindo a trajetória de um padrão tradicional para um moderno, com a existência de três estágios:

- a idade da pestilência e da fome;
- a idade do declínio das **pandemias**;
- a idade das doenças degenerativas e daquelas criadas pelo homem, estágios que se sucederiam em qualquer sociedade, variando apenas quanto à velocidade das mudanças.

Pandemia é a concentração de casos de uma doença em número maior do que o esperado. Surge em um lugar e acomete rapidamente um grande número de pessoas, envolvendo extensas áreas, geralmente países e continentes.

Figura 2 – A idade da pestilência e da fome



O triunfo da morte, de Peter Bruegel (1582).

Com base nesses estágios poderíamos identificar três tipos de modelos de transição epidemiológica:

- o “modelo clássico ou ocidental”, como nos EUA, com progressiva redução de mortalidade e fecundidade;
- o “modelo acelerado”, como no Japão, com quedas rápidas e acentuadas em tais indicadores; e
- o “modelo tardio”, dos países em desenvolvimento, com modificações mais lentas e posteriores à observada em países desenvolvidos.

No entanto, um quarto estágio a ser atingido compreenderia o declínio, ou mesmo o retardo do início das doenças crônicas não transmissíveis, que em algum momento atingiria a quase totalidade dos indivíduos, por meio da melhoria da qualidade de vida. Neste caso, as pessoas teriam mais tempo de vida saudável e menos necessidade de utilização dos serviços de saúde.

A transição epidemiológica assumiu características distintas nos países, principalmente na América Latina e nos países desenvolvidos, que podem ser evidenciadas pelo perfil de morbimortalidade. Em muitos países latinos, como no Brasil, a transição se caracteriza pela relativa redução da mortalidade por doenças infecciosas com a coexistência de doenças crônicas não transmissíveis, ou seja, os estágios não se sucedem como na teoria de Omran, mas se sobrepõem.

Esse padrão é denominado modelo polarizado de transição epidemiológica. Essa seria a situação do Brasil, denominada como “polarização epidemiológica” (FRENK et al., 1991; ARAÚJO, 1992) ou “acumulação

epidemiológica” (BUSS, 1998). Destaca-se, ainda, a existência de diferenças regionais importantes nos padrões de morbimortalidade devido a causas específicas, tendo, como consequência, a persistência de diversos perfis de mortalidade em nosso país.

Seguindo essa lógica, poderíamos perguntar: como as transições nutricional e epidemiológica estão articuladas? Em outras palavras, a transição nutricional seria causa ou consequência da transição epidemiológica? Parece não haver ainda, na literatura específica, total resposta a essas questões.

Pensem juntos.

Há décadas as doenças infecciosas eram importantes causas de morbimortalidade em nosso meio e a desnutrição o principal problema nutricional. Também já se reconhece que a desnutrição compromete o estado de saúde e favorece o aparecimento, a gravidade e a mortalidade por doenças infecciosas. É o ciclo vicioso desnutrição-infecção. Atualmente, temos a diminuição da desnutrição no panorama nutricional e a redução significativa nas taxas de mortalidade infantil e mortalidade por doenças infecciosas e nas causas de mortalidade. Parece clara a relação existente entre os perfis de saúde e nutrição.

Agora podemos pensar em outro produto da transição nutricional, a obesidade. A obesidade está em ascensão nos jovens e adultos. Também há mudança no perfil de morbimortalidade em adultos, com predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como as doenças cardiovasculares (DCVs), que têm estreita relação com a obesidade. Como pensar esta relação: o aumento da obesidade é causa do atual perfil de morbimortalidade? Seria a transição nutricional, com surgimento da obesidade, responsável pelo perfil de morbimortalidade por DCVs nos dias atuais?

Para entender a ascensão da obesidade, precisamos de informações sobre o consumo alimentar e sobre a atividade física dos indivíduos. Para esta última, temos poucos estudos no Brasil. Porém, o estilo de vida sedentário está presente nas sociedades modernas, pois a industrialização e a informatização geram ocupações com reduzido gasto energético. Quanto ao consumo alimentar, há atualmente uma modificação de padrão de consumo rumo a uma “dieta ocidental”, rica em gordura animal, açúcar, sódio e alimentos industrializados e ultraprocessados, com concomitante redução do consumo de carboidratos complexos e fibras (POPKIN, 1993; MONTEIRO; CASTRO, 2009).

Com base na alta prevalência de obesidade no mundo e nas mudanças dietéticas e a tendência mundial de baixo consumo de frutas, legumes e verduras, a OMS desenvolveu e aprovou a Estratégia Global (EG) sobre

O declínio da desnutrição entre a população pode ser atribuído ao aumento moderado da renda familiar e da oferta de serviços essenciais (saúde, saneamento e educação), associado às mudanças demográficas como a maior urbanização do país e a queda das taxas de fecundidade. Programas de suplementação alimentar poderiam estar influenciando favoravelmente a disponibilidade de alimentos domiciliares.



Para saber mais



Caso tenha interesse em ler o *Guia alimentar para a população brasileira* (BRASIL, 2006), ele está disponível na página eletrônica do Ministério da Saúde: <http://nutricao.saude.gov.br/publicacoes.php>.

Dados antropométricos

referem-se ao conjunto de medidas antropométricas das dimensões físicas e da composição global do corpo humano, em diferentes idades e distintos graus de nutrição. Eles são necessários para nortear diagnósticos e estratégias terapêuticas em âmbito individual, bem como para subsidiar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), ferramenta do Ministério da Saúde para o monitoramento do estado nutricional dos indivíduos de todas as faixas etárias atendidos nas pelo Sistema Único de Saúde.

Estado nutricional é o resultado de uma complexa interação entre os alimentos, o bem-estar do indivíduo e o ambiente em que vive, ou seja, a relação entre os três pilares do bem-estar – alimentos, saúde e cuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O tema dados antropométricos é abordado com mais detalhes no Capítulo 5, “O diagnóstico nutricional na Atenção Básica” do livro *Alimentação e Nutrição: fundamentos para a prática em saúde coletiva*.

Tendência é o termo utilizado em epidemiologia para expressar as variações dos indicadores de saúde ao longo do tempo.

Morbidade é o termo utilizado para expressar o conjunto de casos de uma doença ou agravamento à saúde que atinge uma determinada população. É considerado um indicador de saúde na epidemiologia.

Dieta, Atividade Física e Saúde, recomendando esforços para enfrentar a obesidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004a). Alguns países, entre eles o Brasil, a partir dessa estratégia criaram propostas de atuação no sentido de recomendar a prática da atividade física e incentivar o aumento do consumo de frutas, verduras e legumes. A publicação do *Guia alimentar para a população brasileira* (BRASIL, 2006) baseou-se nessas recomendações. Além disso, um grande investimento vem sendo feito em relação à regulamentação das propagandas dos alimentos ultraprocessados, particularmente as voltadas para a alimentação infantil.

O que é perfil nutricional?

O perfil nutricional é o retrato nutricional de uma coletividade. O perfil ou a situação nutricional de um grupo populacional é construído com base em informações que identificam variações em torno de uma determinada referência de **dados antropométricos** populacionais, isto é, as alterações e os desvios do **estado nutricional** da população avaliada.

Com essas informações, teremos o diagnóstico nutricional coletivo, que pode ser referente a um grupo específico (criança, gestante, adulto), a uma dada localidade (clientela de um serviço, população de um município ou de um distrito), ou a um determinado período de tempo. Podemos comparar o perfil em várias localidades, em diversos períodos de tempo e observar a **tendência**, como o estado nutricional se apresenta. Por exemplo, descreve-se a tendência (ou variação, mudança) da estatura das populações em períodos relativamente longos de observação, ou seja, a média de estatura de uma população é comparada a cada quatro ou cinco décadas para verificar se houve variação. O monitoramento permanente dessas informações permite identificar variações no estado nutricional que se processam em um curto espaço de tempo, ou seja, contratendências, que alertam para alterações críticas, possibilitando respostas rápidas que evitem um agravamento do quadro. Por exemplo, o crescimento de crianças, que ocorre com maior velocidade do que nos adultos, torna-as mais susceptíveis às alterações, sejam elas por motivo de doenças e/ou mudanças na dieta alimentar.

O conhecimento do perfil nutricional tem papel estratégico na reorganização da assistência nos serviços de saúde em nível local e na qualificação das ações prestadas. Os dados e as informações do estado nutricional, consumo alimentar e de **morbidade**, produzidos rotineiramente na dinâmica da assistência individual, podem ter aplicação imediata para os beneficiários de ações e programas. Além do uso individual e local, essas informações subsidiam políticas e medidas de intervenção coletivas nos diferentes níveis de gestão – municipal, estadual e

nacional –, assim como servem de sensores da eficiência de ações de programas de promoção e intervenção em saúde e nutrição.

O perfil nutricional que nos interessa conhecer e discutir aqui se refere ao conjunto da população brasileira, com um breve enfoque nas diversidades entre as regiões do país. As informações desse perfil servem de parâmetro nacional, isto é, podem ser comparadas com a situação nutricional de outros espaços geográficos brasileiros e/ou grupos específicos, observando as possíveis diferenças.

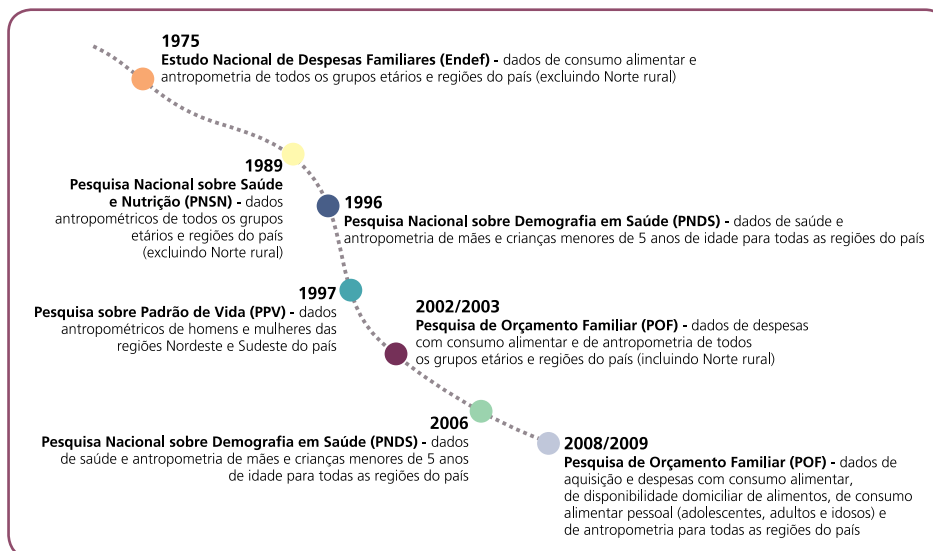
O perfil nutricional brasileiro

O perfil de nutrição da população brasileira é considerado bastante complexo e heterogêneo. Para realizarmos afirmações sobre **prevalência** de problemas nutricionais e tendências, é necessário analisarmos anteriormente informações representativas de toda a população ou de seus grupos etários (crianças e adultos, por exemplo).

Estudos populacionais realizados por meio de censos (todos os indivíduos são incluídos no universo pesquisado), ou estudos com amostras (apenas um grupo de indivíduos é estudado, embora representem o universo da população-alvo) são as melhores fontes de dados e informações do perfil nutricional das populações. A base de dados para construção do perfil e tendências nutricionais que apresentaremos a seguir é oriunda de **inquéritos populacionais** com avaliação antropométrica, dentre eles:

Prevalência é uma medida de frequência das doenças que informa o número total de casos existentes em uma determinada população, ou seja, é a proporção da população que apresenta uma dada doença (casos novos e antigos). É, portanto, diferente do conceito de incidência, que se refere aos casos novos de uma doença em um período específico de tempo (PEREIRA, 2000, p. 76-77).

Inquéritos populacionais são estudos realizados em grupos populacionais bem delimitados. Em geral, essas pesquisas utilizam amostras representativas da população, produzindo “instantâneos” da situação de saúde do grupo.



Observe que nem todos os grupos etários estão representados nas pesquisas. É o caso dos escolares e adolescentes de ambos os sexos, cujos dados não foram coletados na PNDS e na PPV. Além disso, uma parcela da população brasileira, como, por exemplo, indígenas e quilombolas, não foi incluída como segmento de análise nesses estudos, implicando escassez de informações para estes grupos e, consequentemente, uma “invisibilidade epidemiológica” (COIMBRA JÚNIOR; SANTOS, 2000).

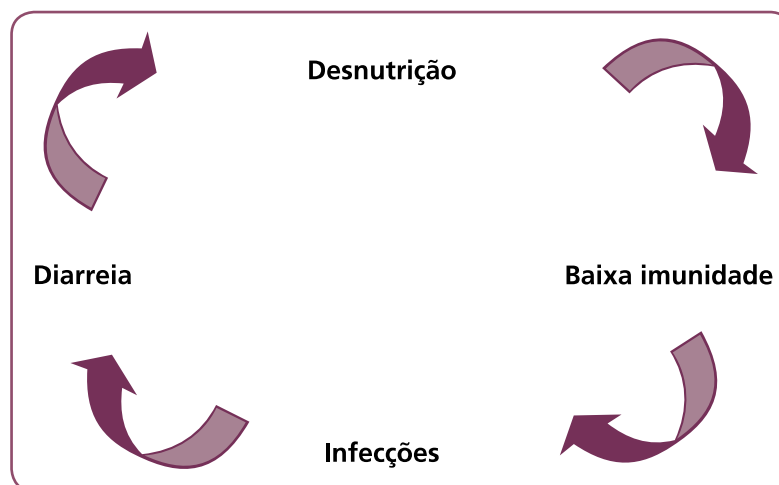
Ressaltamos, contudo, que recentemente vêm sendo desenvolvidos outros estudos de base populacional para a avaliação de problemas na área de alimentação e nutrição nesses grupos, tais como a Chamada Nutricional Quilombola 2006 (BRASIL, 2007) e o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2010). Tendo como base os inquéritos nacionais citados anteriormente, gostaríamos de realizar uma breve reflexão sobre o perfil nutricional em dois grupos etários: crianças e adultos.

Iniciaremos a conversa destacando os problemas nutricionais que mais afetam as crianças menores de 5 anos no Brasil.

Desnutrição infantil

Historicamente os governos no Brasil têm voltado esforços para a redução da mortalidade infantil e da Desnutrição Energético-Proteica (DEP) no grupo materno-infantil. As crianças são consideradas um dos grupos mais vulnerável à DEP, alteração esta que propicia o aparecimento de infecções, formando um ciclo vicioso que traz grandes implicações à saúde, aumentando o risco de adoecimento e morte (BATISTA FILHO; RISSIN, 1993; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Figura 5 – Ciclo vicioso da desnutrição: infecção



Nas crianças, as carências nutricionais são problemas de grande relevância (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). A desnutrição pode se iniciar precocemente na vida intrauterina, evidenciada pelo Retardo de Crescimento Intrauterino (RCIU) e o Baixo Peso ao Nascer (BPN). As crianças com BPN têm maiores risco de sofrer infecções e apresentar déficits nutricionais na infância, justificando a abordagem integrada e precoce das ações de saúde voltadas à criança e à mulher. A anemia ferropriva (carência de ferro), por exemplo, é alteração ascendente e de grande magnitude, que também predispõe a infecções e pode comprometer o desenvolvimento infantil. O mesmo acontece com a hipovitaminose A, deficiência que apresenta relação direta com a desnutrição. Portanto, a infância é particularmente um período de grande vulnerabilidade que requer cuidado especial e assistência.

Qual é a magnitude da desnutrição em menores de 5 anos no país?

Os indicadores antropométricos utilizados para avaliar o déficit nutricional em menores de 5 anos são principalmente Peso/Idade (P/I), Estatura/Idade (E/I) e Índice de Massa Corporal para Idade (IMC/I), expressos em Escore-Z (ou desvio padrão) dos valores da população referência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). O indicador Peso/Estatura (P/E) tem sido menos utilizado, pois isoladamente não permite diagnosticar déficit nutricional. Por exemplo, um grupo de crianças com deficiência em estatura pode apresentar uma relação P/E satisfatória, refletindo a adequação do peso à baixa estatura. Se no diagnóstico considerarmos somente o indicador P/E, teremos uma interpretação inadequada, como a ausência de déficit nutricional para o grupo.

Quando se usa o ponto de corte de $-2EZ$ para os indicadores nutricionais (P/I, E/I), espera-se encontrar em uma população sadia um percentual de 2,3% de crianças com peso adequado, mesmo que elas se apresentem abaixo deste ponto de corte, ou seja, são crianças “normais”, porém situadas abaixo do ponto de corte considerado adequado. São aquelas crianças “naturalmente” magras ou baixas para a sua idade. Então, na interpretação dos resultados, podemos considerar uma população em boas condições nutricionais quando o percentual de crianças com indicador $<-2EZ$ for próximo a 2%.

Para mais informações sobre esse assunto, consulte o Capítulo 5, “Diagnóstico nutricional na Atenção Básica”, do livro *Alimentação e Nutrição: fundamentos para a prática em saúde coletiva*.

Ao compararmos os inquéritos nutricionais nos últimos trinta anos (Tabela 1 – coluna em destaque), podemos concluir que houve uma enorme diminuição da prevalência de desnutrição em todos os indicadores apresentados. Embora tal declínio tenha ocorrido em todas as regiões geográficas do país, não se deu de maneira uniforme entre todas elas. Observando o indicador P/I, entre 1975 e 1989, o diferencial entre tais regiões mostrava-se desfavorável para o Nordeste (prevalência quase três vezes maior que no Sul); no entanto, entre 1989 e 1996, registrou-se uma redução dessa prevalência no Nordeste (de 12,7% para 8,3%), diminuindo a desvantagem em relação ao sul do país. Essa tendência parece continuar em 2003 e 2006.

Tabela 1 – Déficits nutricionais (%) em crianças brasileiras menores de 5 anos, segundo indicadores antropométricos e estudos selecionados no período de 1975 a 2006

Indicador	Ano*	Brasil	Nordeste	Norte	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
P/I (desnutrição)	1975	16,6	24,9	21,7	10,7	11,8	10,1
	1989	7,1	12,7	10,6	4,2	4,1	2,5
	1996	5,6	8,3	7,7	3,0	4,8	2,0
	2003	4,6	5,4	8,0	3,6	3,7	3,2
	2006	1,7	2,2	3,4	1,6	1,4	2,0
E/I (déficit de crescimento)	1975	32,9	47,8	---	---	---	---
	1989	15,7	28,4	---	---	---	---
	1996	10,5	17,9	16,2	8,2	---	5,1
	2003	--	---	---	---	---	---
	2006	7,0	5,7	14,8	5,6	5,7	8,5
P/E	1975	4,4	--	---	---	---	---
	1989	2,0	2,4	---	---	---	---
	1996	2,3	2,8	1,2	2,9	---	0,9
	2003	--	--	---	---	---	---
	2006	2,0	2,1	0,7	1,1	1,8	2,0

Algumas ressalvas em relação a essas comparações merecem ser destacadas. Em relação às POFs conduzidas em 2002-2003 e 2008-2009, a avaliação prévia da qualidade das medidas de comprimento e estatura indicou deficiências, particularmente na medida de comprimento para crianças menores de 2 anos (subestimação da medida). Em virtude da utilização de equipamento inadequado e do arredondamento das medidas antropométricas, os autores optaram por não trabalhar com essas medidas entre as crianças menores de 10 anos (IBGE, 2006a; 2010).

Segundo Monteiro et al. (2009) o declínio da desnutrição infantil nas últimas décadas se deveu, de maneira geral, a quatro importantes fatores:

- aumento da escolaridade materna, perante a virtual universalização do acesso ao ensino fundamental;
- melhoria na distribuição da renda no país e crescimento do poder aquisitivo das famílias (sobretudo das mais pobres);
- expansão do acesso de mães e crianças à assistência à saúde, particularmente a expansão da Estratégia Saúde da Família, cuja proposta enfatiza a prevenção e a educação em saúde e a promoção da equidade na oferta de serviços;
- expansão (embora lenta) da cobertura das redes públicas de coleta de esgoto e abastecimento de água.

É importante destacar que quanto à situação domiciliar (urbano e rural), observamos uma importante redução da prevalência de deficiência de peso para idade na área rural nos últimos anos, aproximando-se dos valores encontrados na área urbana (Tabela 2). Apesar dessa redução, a região Nordeste ainda concentra maior percentual de crianças desnutridas na área rural, enquanto há uma tendência de aumento de déficit de peso entre as crianças que vivem em área urbana na Região Sudeste. Parece que o problema da desnutrição no Sudeste está se concentrando nos grandes centros urbanos, provavelmente nas periferias das cidades.

Tabela 2 – Déficit de peso para idade (%) em crianças menores de 5 anos em diversos estudos, segundo a situação do domicílio – Brasil

Estudo/Ano	Brasil			Nordeste			Sudeste		
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
Endef 1974/1975	12,9	20,7	16,6	20,8	27,4	24,9	10,7	19,3	11,8
PNSN 1989	5,6	10,6	7,1	10,3	15,1	12,7	3,7	6,2	4,1
PNDS ⁽¹⁾ 1996	4,6	9,1	5,6	7,0	10,1	8,3	---	---	4,8
POF 2002/2003	4,3	5,6	4,6	5,3	5,7	5,4	3,8	2,9	3,7
PNDS ⁽¹⁾ 2006	2,0	1,5	1,7	---	---	2,2	---	---	1,4

Fontes: Monteiro (2000); IBGE (1992, 2006, 2010), BEMFAM (1996), Brasil (2008).

⁽¹⁾ Não foi possível desagregar as informações para a região Sudeste urbano e rural, pois os dados foram analisados em conjunto com as regiões Sul e Centro-Oeste.

Outro estudo de base populacional, mas não de abrangência nacional, realizado na região do semiárido brasileiro, durante a Campanha Nacio-

Assentamentos referem-se à unidade territorial caracterizada pela ocupação legal das famílias e/ou indivíduos cadastrados no programa de reforma agrária do Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA)/Instituto de Colonização e Reforma Agrária (Incra).

nal de Vacinação em 2005 (BRASIL, 2005a), evidenciou formas crônicas de desnutrição (6,6% de déficit de E/I) entre as crianças menores de 5 anos. Houve marcadas diferenças entre os estratos sociais, que variaram de 1% a 10% (classe A e classe E, respectivamente). A prevalência de crianças com deficiência de P/I foi de 5,6%. Nesse mesmo estudo foram analisados dados referentes ao conjunto de **assentamentos** das regiões Nordeste e norte de Minas Gerais. O déficit de crescimento (15,5%) foi o dobro do valor encontrado para as crianças residentes no semiárido (6,6%), evidenciando que as condições de vida e nutrição ainda são precárias nos assentamentos. Em relação ao peso para idade, os valores não apresentaram grandes variações entre os dois grupos (de 8,6% para 6,6%).

As informações anteriormente descritas indicam que, hoje, a desnutrição infantil tende a se constituir em um problema eminentemente rural ou concentrado em áreas delimitadas, como favelas urbanas e assentamentos rurais e comunidades tradicionais.

Embora a DEP entre crianças brasileiras apresente uma trajetória descendente, delimitando-se cada vez mais em áreas/grupos/famílias de maior risco, isso não significa pouca importância clínica ou individual. As crianças ainda são um grupo mais vulnerável à desnutrição e à anemia. Para o seu enfrentamento, são necessários diagnósticos locais e identificação de grupos de risco. O serviço de saúde deve estar apto para prevenção e controle desses casos, com rotinas padronizadas e atenção diferenciada.

Baixo peso ao nascer

O peso ao nascer é o primeiro diagnóstico nutricional da criança e tem grande correlação com o peso nos primeiros anos de vida. O peso ao nascer abaixo de 2.500 gramas implica risco para a saúde da criança. Crianças que nascem com peso adequado e são amamentadas teriam menor risco de desnutrição nos primeiros anos de vida. Por outro lado, aquelas nascidas com baixo peso teriam maior risco de morbimortalidade e desnutrição.

Destacamos que a situação de BPN mantém-se praticamente inalterada nas últimas décadas no Brasil. A incidência média está em torno de 9% (Tabela 3). Possivelmente as causas do BPN estão relacionadas com a prematuridade e a desnutrição intrauterina.

Tabela 3 – Baixo Peso ao Nascer (BPN) no Brasil e regiões selecionadas nos anos de 1989, 1996 e 2004 (%)

Indicador	Ano	Brasil	Nordeste	Centro-Sul
BPN	PNSN – 1989	9,9	12,0	9,5
	PNDS – 1996	9,2	9,4	9,1
	SVS – 2004	8,2	7,4	(8,1) ⁽¹⁾

Fontes: Monteiro (2000); Brasil (2004).

⁽¹⁾ Valor médio da frequência de BPN nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Entre 1996 e 2000, o número de crianças nascidas com baixo peso apresentou redução, perfazendo 8%. O esperado em países desenvolvidos é um valor abaixo de 5%, sobretudo pelos casos de prematuridade.

Esse valor pode estar subestimado, especialmente em áreas de registros precários (crianças com peso desconhecido ou medidas em instrumentos incorretos, ou, ainda, aquelas nascidas fora do ambiente hospitalar). Mas não podemos esquecer que os locais com boa qualidade de informação apresentarão provavelmente valores de BPN maiores, quando comparados com os demais, não significando necessariamente maior número de crianças e sim maior número de registros efetuados de forma correta (BRASIL, 2004).

Nas regiões desenvolvidas do país, onde a desnutrição é baixa, a incidência de crianças que nascem com BPN ainda é elevada. Isso sugere que, ao menos nessas regiões, o BPN não tenha como determinante principal o baixo peso em gestantes, mas sim outros fatores, como tabagismo, gravidez na adolescência, encurtamento do tempo da gestação, geralmente associado a partos cirúrgicos programados com antecedência (MONTEIRO, 1997; LEAL et al. 2006).

Anemia ferropriva

A anemia por carência de ferro, ou ferropriva, é a alteração carencial de maior magnitude mundial na atualidade, atingindo cerca de 25% da população humana (Tabela 4) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Tabela 4 – Estimativa da prevalência global de anemia e número de indivíduos afetados

Grupo	Prevalência de anemia (%)	População afetada (milhões)
Pré-escolares	47,4	293
Escolares	25,4	305
Gestantes	41,8	56
Mulheres não grávidas	30,2	468
Homens	12,7	260
Idosos	23,9	164
TOTAL	24,8	1.620

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008).

No Brasil, estudos pontuais desenvolvidos em diversas localidades evidenciaram que a anemia ferropriva é um problema de grande magnitude na população, atingindo principalmente crianças menores de 2 anos (24,1%) e mulheres em idade reprodutiva (29,4%) (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; BRASIL, 2009). A estimativa do Ministério da Saúde em 2005, baseado em revisão desses estudos, era de que a prevalência girasse em torno de 20% em adolescentes, de 15% a 30% em gestantes e de até 50% em crianças de 6 a 60 meses (BRASIL, 2005b).

De maneira geral, a faixa etária entre 6 e 24 meses é a de maior vulnerabilidade à anemia. Isso porque, quando a ingestão de ferro não é suficiente para manter as necessidades normais no organismo, balanceando as perdas anormais de ferro e evitando o esgotamento dos estoques, ocorre a anemia. As perdas anormais podem ocorrer em crianças nos casos de diarreias intensas e parasitoses intestinais, e, em mulheres, durante a gravidez, o parto ou como consequência de menstruações abundantes, entre outras intercorrências que causem perdas e hemorragias. No caso das crianças menores de 2 anos, aliado às necessidades de ferro para o crescimento, o consumo alimentar pobre em fontes desse nutriente é outro determinante fundamental da anemia, especialmente se associado ao abandono precoce do aleitamento materno e à transição inadequada para alimentos complementares.

A anemia ferropriva cresceu de forma surpreendente nos últimos anos, ao contrário da DEP, que tem apresentado declínio. Destacamos os resultados do estudo realizado na cidade de São Paulo, no qual, apesar dos substanciais progressos nos indicadores de saúde infantil nas últimas décadas, a prevalência de anemia em crianças de 6 a 60 meses aumentou consideravelmente nos últimos vinte anos (MONTEIRO; SZARFARC; MONDINI, 2000): 22,7% (1973/1974), 35,6% (1984/1985) e 46,9% (1995/1996), taxas que praticamente dobraram no período. Além disso, o referido estudo evidenciou aumento considerável do risco de anemia ao longo do primeiro e segundo anos de vida, diminuindo gradualmente a partir do terceiro ano, atingindo diversos estratos sociais.

Batista Filho e Rissin (2003) apresentaram dados descritivos da frequência de anemia no Brasil entre 1990 e 2000 com base em diversos estudos locais, demonstrando uma semelhança nos valores encontrados no estado de Pernambuco (46,7%); em Salvador, Bahia (46,4%); em Porto Velho, Rondônia (41,6%); e em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (47,8%), com aquele evidenciado em São Paulo (46,9%). Aparentemente a anemia representa, em termos de magnitude, o principal problema carencial no país.

O primeiro estudo populacional de âmbito nacional foi a PNDS de 2006 (BRASIL, 2008), que revelou prevalências de anemia de 20,9% em crianças menores de 5 anos e de 29,4% em mulheres não grávidas em idade reprodutiva (14 a 49 anos). Apesar de a prevalência ter sido inferior àquela estimada anteriormente pelo Ministério da Saúde, o que era esperado uma vez que a estimativa foi feita com base em estudos locais, a proporção encontrada de mulheres e crianças com anemia ainda foi bastante elevada. Segundo o critério da OMS para graduação da severidade da prevalência da anemia em termos de saúde pública, esta poderia ser considerada como moderada (Tabela 5).

Tabela 5 – Severidade da anemia ferropriva em termos de saúde pública segundo a prevalência observada

Grau de severidade	Prevalência de anemia (%)
Normal	≤ 5
Baixa ou Leve	5 - 19,9
Moderada	20,0 - 39,9
Grave	≥ 40

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001).

Em crianças, a Região Nordeste foi a que apresentou a maior prevalência (25,5%), e a Norte, a menor proporção de casos de anemia (10,4%). A prevalência de anemia não teve associação com a cor da pele, nem com a ordem de nascimento da criança, mas apresentou menor percentagem naquelas mais favorecidas economicamente e nas que residiam em áreas rurais. As crianças com idade inferior a 24 meses apresentaram maior prevalência (24,1%) do que aquelas entre 24 e 59 meses de idade (19,5%) (BRASIL, 2008).

No caso das mulheres, a prevalência de anemia foi maior na Região Nordeste (cerca de 40%) e em mulheres negras. Situação da residência, anos de estudo e idade não se associaram à presença de anemia em mulheres em idade reprodutiva (BRASIL, 2008).

Sobrepeso e obesidade

A obesidade tem sido descrita como um importante problema de saúde pública da atualidade e vem ganhando destaque no cenário epidemiológico mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004a). Nas últimas décadas, sua prevalência vem aumentando em todo o mundo, inclusive nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde anteriormente predominavam os problemas relacionados à desnutrição.

Transição nutricional é entendida aqui como as mudanças ao longo do tempo em padrões nutricionais que resultam de modificações na estrutura da dieta dos indivíduos e que se correlacionam com mudanças econômicas, sociais, demográficas e de saúde (POPKIN, 1993).

Como vimos no início do capítulo, a diminuição da desnutrição e o aumento da obesidade observada no Brasil, assim como em outros países, é uma tendência denominada de **transição nutricional**.

Mas por que a obesidade tem sido considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo?

A obesidade é definida como um acúmulo excessivo de gordura corporal, que acarreta prejuízos à saúde do indivíduo. Contribui para o aumento da mortalidade em adultos, principalmente por ser uma alteração nutricional que está associada a doenças crônicas não transmissíveis que trazem sérias repercussões na saúde, como:

- alterações no metabolismo de gorduras no sangue (também chamadas dislipidemias);
- doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, doença coronariana, acidentes vasculares cerebrais);
- diabetes tipo II;
- apneia do sono (que é um fator de risco independente para doenças cardíacas);
- certos tipos de câncer, como o de mama, endométrio (hormônios-dependentes) e de cólon;
- osteoartrite;
- doenças da vesícula biliar.

A obesidade aumenta o risco de adoecimento e morte por essas doenças, justificando a importância de sua prevenção e tratamento em todas as faixas etárias.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a **obesidade** uma doença crônica epidêmica, por sua prevalência crescente e alarmante em países com diferentes níveis de desenvolvimento. A obesidade está relacionada ao estilo de vida moderno e às mudanças ocorridas em nossa sociedade, tornando-se problema emergente e de relevância epidemiológica na população adulta brasileira.

Obesidade é definida pelo Índice de Massa Corporal $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$ (IMC = peso/kg²), em adultos. O sobrepeso, por sua vez, é definido pelo Índice de Massa Corporal (IMC) que varia entre a faixa de 25 a 29,9 Kg/m². Já o IMC é uma medida utilizada para avaliar o estado nutricional dos indivíduos. Esta medida é calculada por meio da fórmula = peso (Kg) / estatura (m)².

< 18,5	18,5 – 24,9	25,0 – 29,9	$\geq 30,0$
Abaixo do Peso	Adequado	Sobrepeso	Obesidade

E qual é a magnitude da obesidade no país?

Em adultos, a trajetória da obesidade no Brasil vem sendo bem documentada por meio de grandes pesquisas e inquéritos. Monteiro (2000) discute a evolução da obesidade em adultos, comparando inquéritos nutricionais de 1975 (Endef), 1989 (PNSN) e 1998 (PPV), com informações de ambos os sexos, no âmbito das regiões Nordeste e Sudeste – historicamente regiões de contrastes nos indicadores sociais e de saúde. Esse estudo revela que a obesidade apresentou uma tendência ascendente em ambos os sexos nas duas regiões do país. Na análise por **quartis** de renda familiar per capita, verifica-se que a obesidade aumentou na população masculina e feminina em todos os quartis de renda, em ambas as regiões, exceto nas mulheres de maior renda do Sudeste, onde houve um declínio em 1996.

Atualmente, cerca de metade da população adulta brasileira (49%) apresenta excesso de peso (IMC $\geq 25,0$) e 14,8% têm obesidade. Em ambos os sexos as prevalências de excesso de peso e de obesidade aumentaram continuamente ao longo dos últimos anos.

Nos 34 anos decorridos de 1974-1975 a 2008-2009, a prevalência de excesso de peso em adultos aumentou em quase três vezes no sexo masculino (de 18,5% para 50,1%) e em quase duas vezes no sexo feminino (de 28,7% para 48,0%). No mesmo período, 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 8,0% para 16,9%) (IBGE, 2010) (Tabela 6).

Em homens, excesso de peso e obesidade foram mais frequentes nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste do que nas regiões Norte e Nordeste.



Para saber mais



A explicação detalhada sobre o uso e aplicação do IMC na avaliação nutricional de indivíduos de todas as faixas etárias está disponível na página da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)/Ministério da Saúde (MS): <http://nutricao.saude.gov.br/publicacoes.php>

Quartis é o que divide um conjunto de observações em quatro partes iguais, para facilitar a comparação de dados. Por exemplo, ao se dividir a renda da população estudada em quatro partes iguais, tem-se no primeiro quartil a renda mais baixa, e no quarto quartil a renda mais alta.

As frequências de excesso de peso e de obesidade aumentaram com a renda, e foram mais frequentes em domicílios urbanos (52,4% e 13,2% respectivamente) do que em domicílios rurais (38,8% e 8,8% respectivamente) (IBGE, 2010).

Em mulheres, as diferenças segundo a região e a situação de domicílio (urbano ou rural) foram menos marcantes, excetuada a maior prevalência de excesso de peso e de obesidade na Região Sul (56,8% e 15,9% respectivamente) em relação às demais regiões do país. No sexo feminino, a relação do excesso de peso e da obesidade com a renda familiar foi curvilínea, sendo as maiores prevalências observadas nas classes intermediárias de renda (IBGE, 2010).

Tabela 6 – Déficit de peso, excesso de peso e obesidade (%) na população adulta (≥ 20 anos), por sexo e período, Brasil

Problema nutricional	Ano*	Masculino	Feminino
 Déficit de peso (IMC < 18,5 kg/m²)	1974-1975	8,0	11,8
	1989	4,4	6,4
	2002-2003	3,1	5,6
	2008-2009	1,8	3,6
 Excesso de peso (IMC >=25 kg/m²)	1974-1975	18,5	28,7
	1989	29,9	41,4
	2002-2003	41,4	40,9
	2008-2009	50,1	48,0
 Obesidade (IMC >=30 kg/m²)	1974-1975	2,8	8,0
	1989	5,4	13,2
	2002-2003	9,0	13,5
	2008-2009	12,4	16,9

Fonte: IBGE (2010).

* 1974-1975 – ENDEF; 1989 – PNSN; 2002-2003 – POF; 2008-2009 – POF.

A obesidade também vem crescendo de forma alarmante entre crianças e adolescentes brasileiros. Na PNSN (1989), 4,6% de crianças brasileiras apresentavam excesso de peso (BRASIL, 1990), passando para 4,9% na PNDS de 1996 (BEMFAM, 1996). No final da década de 2000, o excesso de peso já atingia 7% das crianças brasileiras menores de 5 anos, variando de 6% na Região Norte a 9% na Região Sul, indicando exposição moderada à obesidade infantil em todas as regiões do país (IBGE, 2006a). Em crianças de 5 a 9 anos, o excesso de peso e obesidade atingiram as cifras de 33,5% e 14,3%, respectivamente, ambas com maior prevalência no sudeste, centro-oeste e sul do país (IBGE, 2010).

Em adolescentes brasileiros, a prevalência de excesso de peso também tem aumentado de forma rápida e expressiva. Em 1974-75 apenas 3,9% dos meninos e 7,5% das meninas entre 10 e 19 anos de idade tinham peso acima do adequado, aumentando em 1989 para 8,3% e 13,8%, respectivamente. Em 2002-2003 a frequência de excesso de peso já alcançava 16,7% (e a obesidade cerca de 2%) dos adolescentes, sendo um pouco maior em meninos (17,9%) do que em meninas (15,4%) (IBGE, 2006a).

Mais recentemente, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares realizada nos anos de 2008 e 2009 revelam que o excesso de peso continua aumentando nessa faixa etária (20,5%), atingindo 21,5% dos meninos e 19,4% das meninas. Observamos que o problema do excesso de peso e da obesidade cresce com mais intensidade particularmente em adolescentes do sexo masculino. Comparando estes resultados com aqueles observados nos anos de 1974-75, observa-se que a prevalência de excesso de peso mais que dobrou entre as meninas (7,5% versus 19,4%) e aumentou em mais de 5 vezes entre os meninos (3,9% versus 21,5%) nos últimos 35 anos (IBGE, 2010).

O fato é preocupante, pois, conforme já vimos anteriormente, encontramos associada à obesidade uma série de doenças metabólicas e cardiovasculares que prejudicam ainda mais a saúde desses jovens.

O excesso de gordura corporal pode contribuir para o desenvolvimento de lesões precoces de aterosclerose ainda nas primeiras décadas de vida (OLIVEIRA et al., 2004) ou para doenças cardiovasculares na vida adulta (SRINIVASAN et al., 1996). Além disso, crianças e adolescentes obesos têm mais chance de se tornarem adultos obesos e se manterem com excesso de peso por toda a vida (BRAY, 1991). Entre aqueles que já são obesos na adolescência, cerca de 80% mantêm-se obesos durante a vida adulta (GUO et al., 1994), e apresentam maior chance de morbimortalidade.

Assim, sequelas do excesso de peso e da obesidade na vida da criança e do adolescente justificam, por si só, a necessidade de promover ações direcionadas ao incentivo da atividade física regular e ao consumo de uma alimentação adequada nessas fases da vida.

Quais são os outros problemas nutricionais que merecem atenção?

Outros problemas nutricionais brasileiros

Em adultos, os resultados dos inquéritos nacionais revelam que o baixo peso tem diminuído em homens e mulheres nas últimas décadas (Tabela 6). De maneira geral, a prevalência de déficit de peso tendeu a diminuir com o aumento da renda em ambos os sexos, sem dúvida, ainda como um fruto da diminuição da desigualdade social e pobreza do país. Em homens, a prevalência de déficit de peso (1,8%) é compatível com a proporção esperada em qualquer população, ou seja, são indivíduos constitucionalmente magros, não indicando desnutrição. Entre as mulheres, a prevalência de déficit ponderal foi um pouco acima do esperado (3,6), e se concentrou principalmente nas regiões Nordeste e Centro-Oeste (IBGE, 2010).

Entretanto, ao analisarmos o déficit de peso segundo a faixa etária, percebemos que baixo peso ainda é uma alteração de relevância clínica e epidemiológica na população idosa acima de 75 anos de idade, especialmente quando se associa a doenças crônicas debilitantes, doenças infecciosas e distúrbios alimentares (IBGE, 2006a; 2010).

A carência de vitamina A, ou hipovitaminose A, também é um importante problema de saúde pública mundial, e faz parte da chamada “fome oculta”, cujas manifestações podem ocorrer sem sinais clínicos detectáveis ou sem estarem necessariamente associadas a patologias multicarenciais claramente definidas.

Entre os grupos populacionais mais atingidos pela carência de vitamina A, destacam-se as gestantes, as puérperas, os recém-nascidos, os lactentes e os pré-escolares. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 2006 revelou que 17,4% das crianças menores de 5 anos e 12,3% das mulheres entre 14 e 44 anos apresentavam níveis sanguíneos inadequados dessa vitamina (BRASIL, 2008).

Em crianças, as maiores prevalências dessa inadequação foram encontradas no nordeste (19,0%) e sudeste (21,6%) do país, e, nessa faixa etária, a prevalência foi maior entre as que moravam na zona urbana, e a idade materna era >35 anos. Para mulheres, a região sul do país foi a que apresentou a menor prevalência (8,0%) e, de maneira geral, a proporção de mulheres com a carência foi maior nas que residiam na zona rural, comparadas com aquelas residentes na zona urbana.

Após conhecer os dados sobre o perfil nutricional da população brasileira, pense:

Qual é o motivo ou quais são as causas de redução da desnutrição em crianças e de aumento da obesidade entre os adultos?

No Brasil, esse perfil tem sido observado por pesquisas de orçamentos familiares e de inquéritos específicos de cidades brasileiras, em especial:

- Entre 1997 e 1998 foi realizado em sete cidades brasileiras (São Paulo, Campinas, Curitiba, Ouro Preto, Rio de Janeiro, Goiânia e Salvador), o *Estudo multicêntrico sobre consumo alimentar* (GALEAZZI; DOMENE; SCHIERI, 1997). Seus resultados apontaram que a adequação energética da ração alimentar da maioria das famílias residentes nessas sete cidades está acima do preconizado pelas recomendações internacionais, embora nas famílias que recebem renda até dois salários mínimos essa performance seja inferior. A inadequação no consumo de cálcio, ferro, retinol e vitamina B12 atingiu níveis de inadequação entre 20% e 70%.
- Os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar do IBGE apontaram que, nas grandes metrópoles brasileiras, o gasto com a alimentação tem se associado ao aumento de consumo de alimentos altamente energéticos, como produtos industrializados (principalmente biscoitos e refrigerantes), persistência no consumo de açúcar e aumento sistemático no teor de gordura em geral (IBGE, 2004; LEVY-COSTA et al., 2005).
- A Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (Pnad) de 2004 (IBGE, 2006b), usando a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia), apontou que 34,8% da população brasileira encontra-se em situação de **insegurança alimentar**, sendo 6,5% na categoria grave.

Insegurança alimentar é um conceito que engloba desde a percepção de preocupação e angústia ante a incerteza de dispor regularmente de comida, até a vivência da fome por não ter o que comer o dia inteiro, passando pela perda da qualidade nutritiva, incluindo a diminuição da diversidade da dieta e da quantidade de alimentos, sendo essas as estratégias para enfrentar tal adversidade (BICKEL et al., 2000; WOLFE; FRONGILLO JUNIOR, 2001).

Considerações finais

Concluindo nosso estudo, podemos considerar o perfil nutricional brasileiro bastante complexo e heterogêneo. O país convive com vários problemas de forma concomitante. Além das diferenças entre os principais grupos etários, temos diversidades geográficas, sociais, culturais em um país de grande dimensão territorial.

Percebemos, ainda, que temos muito trabalho pela frente no controle e na prevenção dos agravos, assim como na promoção da saúde. Sem

Conhecer o perfil nutricional é o primeiro passo para pensar e propor soluções. Conhecer a realidade de cada local certamente tornará as ações de saúde, alimentação e nutrição mais oportunas e de resultados promissores.

dúvida, deve-se respeitar a diversidade dos problemas e estar perto da realidade de cada local, para então conhecer, decidir, agir, avaliar, modificar, atuar novamente.

Referências

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 5-16, 1992.

BARRETO, L. M.; CARMO, E. H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec: Nupens: USP, 2000.

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

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. Deficiências nutricionais: ações específicas do setor saúde para seu controle. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 130-135, 1993.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. S181-S191, 2003. Suplemento 1.

BEGHIN, I. Le modèle causal dans la surveillance nutritionnelle. *Options Méditerranéennes*, Serie B, n. 41, p. 29-36, 2002.

BEMFAM. *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde*. Rio de Janeiro, 1996.

BICKEL, G. et al. *Measuring food security in the United States: guide to measuring household food security*. Alexandria: U.S. Department of Agriculture/Office of Analysis, Nutrition, and Evaluation, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Ações para o controle da anemia ferropriva*. Brasília, DF, 2005b. Disponível em: <http://portalweb01.saude.gov.br/alimentacao/deficiencia_ferro.cfm>. Acesso em: 16 mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *PNDS 2006: pesquisa nacional de demografia e saúde: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: resultados preliminares e condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos*. Brasília, DF: IPED: IBGE: Inan, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *PNDS 2006: pesquisa nacional de demografia e saúde: relatório final*. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_PNDS2006_04julho2008.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, v. 110, 11 jun. 1999. Seção 1, p. 14.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Chamada nutricional: um estudo sobre a situação nutricional das crianças do semiárido brasileiro*. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Chamada nutricional quilombola, 2006*. Brasília, DF, 2007.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (BRASIL). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão...* Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2009.

BRAY, G. Obesidad. In: BOWMAN, B. A.; RUSSELL, R. M. (Ed.). *Conocimientos actuales sobre nutrición*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1991. (Publicación científica, 532).

BRUEGEL, P. The triumph of death. In: WIKIMEDIA commons. Aug. 2012. Disponível em: <<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:The triumph of death.jpg>>. Acesso em: dez. 2012.

BUSS, P. M. *Situação de saúde, atenção primária e sistemas locais de saúde*. Rio de Janeiro, 1998. Mimeografado.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./abr. 2007.

COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 5, p. 125-132, 2000.

FRENK, J. et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín da Oficina Sanitária Panamericana*, Washington, DC, v. 111, n. 6, p. 485-496, 1991.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *I Inquérito nacional de saúde e nutrição dos povos indígenas*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/arquivos/Apresentacao_Inquerito_Funasa_11_05_10.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2011.

GALEAZZI, M. M. A.; DOMENE, S. M. A.; SICHIERI, R. Estudo multicêntrico sobre consumo alimentar. *Cadernos de Debate*, Campinas, 1997. Número especial.

GUO, S. S. et al. The predictive value of childhood body mass index values for overweight at age 35 y. *American Journal of Clinical Nutrition*, Bethesda, v. 59, n. 4, p. 810-819, Apr. 1994.

IBGE. *Pesquisa de orçamentos familiares, 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil*. Rio de Janeiro, 2004.

IBGE. *Pesquisa de orçamentos familiares, 2002-2003*: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro, 2006a.

IBGE. *Pesquisa de orçamentos familiares, 2008-2009*: antropometria e análise do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.

IBGE. Departamento de Estatísticas e Indicadores Sociais. *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil*: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil, 1989. Rio de Janeiro, 1992.

LEAL, M. C.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C. B. *Consequences of sociodemographic inequalities on birth weight*. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 466-73, 2006.

LEVY-COSTA, R. B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 530-540, 2005.

MONTEIRO, C. A. *O panorama da nutrição infantil nos anos 90*. Brasília, DF: Unicef, 1997.

MONTEIRO, C. A. (Org). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*: a evolução do país e suas doenças. 2. ed. São Paulo: Hucitec: Nupens: USP, 2000.

MONTEIRO, C. A.; CASTRO, I. R. R. Por que é necessário regulamentar a publicidade de alimentos. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 61, n. 4, p. 56-59, 2009.

MONTEIRO, C. A. et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.

MONTEIRO, C. A.; SZARFARC, S. C.; MONDINI, L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 62-72, 2000.

OLIVEIRA, C. L. et al. Obesity and metabolic syndrome in infancy and adolescence. *Revista de Nutrição*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 237-245, 2004.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Foundation Quarterly*, New York, v. 49, n. 4, p. 509-538, 1971.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: IBGE. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*: segurança alimentar, 2004. Rio de Janeiro, 2006b.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia*: teoria e prática. 4. reimpr. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

POPKIN, B. M. Nutritional patterns and transitions. *Population and Development Review*, New York, v. 19, n. 1, p. 138-157, 1993.

SRINIVASAN, S. R. et al. Adolescent overweight is associated with adult overweight and related multiple cardiovascular risk factors: the Bogalusa Heart Study. *Metabolism*, Baltimore, v. 45, n. 2, p. 235-40, Feb. 1996.

UNITED NATIONS. Administrative Committee on Coordination. Sub-Committee on Nutrition. *4th report on the world nutrition situation: nutrition throughout the life cycle*. Geneva, 2000. Colaboração do International Food Policy Research Institute. Disponível em: <<http://www.ifpri.org/pubs/books/4thrpt/4threport.pdf>>. Acesso em: nov. 2012.

VENUS of Willendorf. In: WIKIPEDIA: a free encyclopedia. Dec. 2012. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/Venus_of_Willendorf>. Acesso em: dez. 2012.

WOLFE, W. S.; FRONGILLO JUNIOR, E. A. Building household food-security measurement tools from the ground up. *Food and Nutrition Bulletin*, Boston, n. 22, p. 5-12, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva, 2004a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control: a guide for programme managers*. Geneva, 2001. (Document WHO/NHD/01.3.).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva, 2004b.

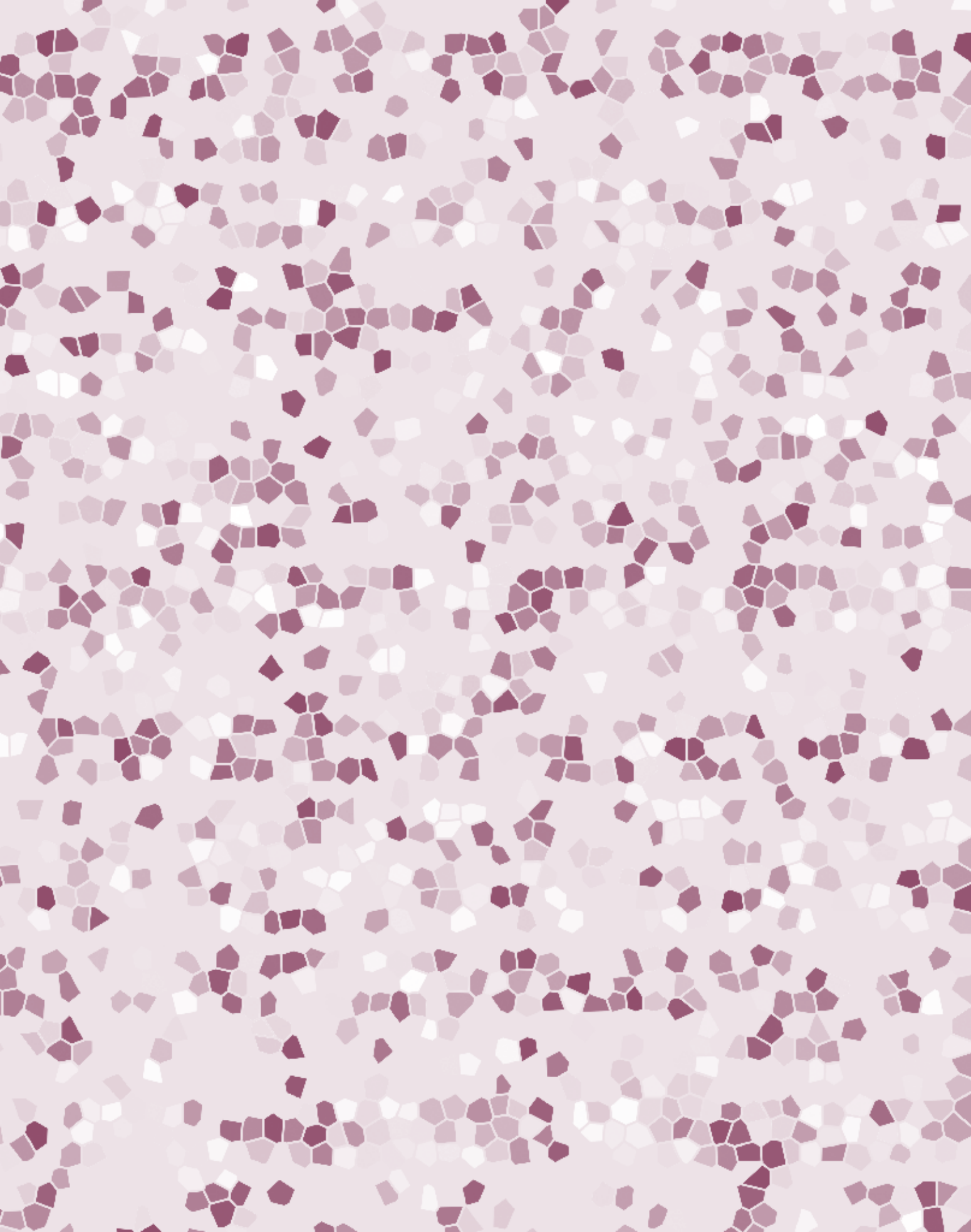
WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical status: the use and interpretation of antropometry*. Geneva, 1995. (WHO technical report series, 854).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005*. WHO global database on anaemia. Geneva, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Nutrition for Health and Development. *Turning the tide of malnutrition: responding to the challenge of the 21st. Century*. Geneva, 2002.

II | Políticas públicas: teoria e prática





4. Políticas públicas como campo de estudo: uma contribuição para os gestores

Aline Diniz Rodrigues Caldas

Este capítulo visa oferecer subsídios para uma reflexão e análise crítica dos aspectos relacionados aos processos de formulação e implementação de políticas públicas. Como base para a discussão, apresentaremos alguns modelos e teorias sobre análises de políticas públicas que surgiram a partir do desenvolvimento dessa área como campo de estudo.

Entendemos que profissionais/gestores que lidam com políticas públicas e, no nosso caso em especial, com políticas de saúde, se deparam muitas vezes com inquietações no seu âmbito de sua atuação. Existem aqueles que se questionam, por exemplo, porque, dentre um leque de problemas públicos, alguns alcançam grande relevância na agenda das pessoas envolvidas em processos de decisão governamental, enquanto outros temas não alcançam. Outros podem se perguntar por que algumas políticas públicas, apesar de alcançarem grande relevância e serem formalizadas por um marco legal, nunca são efetivadas. Ou buscam entender porque mesmo as políticas públicas que são concretizadas em programas e ações nem sempre alcançam os resultados esperados por seus formuladores ou pelos próprios profissionais que as colocam em prática.

Muitos desses questionamentos motivaram a realização de estudos que buscavam responder sobre o padrão de decisão de estados e governos em relação a ações e intervenções feitas para a sociedade. Uma grande parte desses estudos surgiu em países desenvolvidos como os europeus e os Estados Unidos, principalmente no início do último século. Tais estudos representam uma grande contribuição para o aprendizado sobre a complexidade do campo de estudo das políticas públicas. É a partir da experiência acumulada desses estudos que pretendemos orientar a



nossa discussão. Serão discutidos nesse capítulo quatro modelos clássicos de análise que não esgotam o tema, uma vez que existem na literatura diversas abordagens sobre o processo de formulação de políticas públicas.

Definições sobre políticas públicas

Todos nós que vivemos em sociedades estamos, de uma forma ou de

Para refletir

O que é uma política pública? Quais as políticas públicas vigentes no país vinculadas ao seu processo de trabalho?

outra, envolvidos com políticas públicas, ou seja, enquanto cidadãos vivendo em coletividades somos afetados pelas políticas. Nós podemos exercer um papel decisório na gestão pública, sendo atuantes nas suas formulações, ou então podemos atuar como profissionais, diretamente envolvidos na sua execução. Ou ainda, mesmo que não estejamos atuando em papéis governamentais como profissionais ou gestores, podemos atuar em grupos interessados em mudanças nas ações públicas. Qualquer que seja essa posição não estamos isentos de interesses, preferências, conflitos, ou incertezas.



As reflexões e os questionamentos sobre políticas públicas não surgiram por mero acaso no mundo. Suas origens derivam de um campo de estudo dedicado a compreender as variáveis ou fatores que influenciam os seus processos de formulação e implementação.

Segundo Baptista e Mattos (2011), no início do século XX a compreensão sobre a atuação dos governos e de como certas questões e problemas eram incorporados às ações dos Estados já despertavam o interesse de analistas, principalmente na Europa e nos Estados Unidos.

De acordo com os autores, ainda na década de 1950, Lasswell, um analista social, definiu um conjunto de métodos com o objetivo de investigar processos políticos, sendo que os resultados das análises serviriam como contribuições para os governos. Esse campo de análise de políticas públicas teve seu foco voltado para a atuação dos governos, com o objetivo de orientá-los.

Diversas definições de políticas públicas surgiram oriundas desse campo de análise, como pode ser visto no Quadro 1.

Quadro 1 – Políticas públicas: algumas definições e autores

Lynn (1980)	Conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos.
Dye (1984)	As ações que o governo escolhe ou não fazer.
Peters (1986)	A soma das atividades dos governos que influenciam a vida dos cidadãos.
Mead (1995)	O campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas.
Jenkins (1978)	Conjunção de decisões tomadas por atores políticos ou grupo de atores em relação a metas e recursos para atingir determinada situação.
Bobbio, Matteucci e Pasquino (1995)	Conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre as realidades econômica, social e ambiental.

Fonte: Souza (2007); Viana e Baptista (2008).

Para Souza (2007) grande parte das definições, mesmo que contribuam sobremaneira para a orientação das análises de políticas, acabam por centralizá-las na ação dos governos e dos aparatos estatais, deixando de lado as divergências em torno de ideias, interesses, conflitos e limites das ações governamentais. Conforme argumentam Viana e Baptista (2008), política pública envolve também as relações de poder entre grupos, os recursos, uma diversidade de atores, arenas, ideias e ainda a necessidade de negociação entre os envolvidos nas políticas.

Políticas públicas podem não ser estabelecidas por um reconhecimento simples e tácito de um problema público pelo Estado, mas por manifes-

tação de grupos da própria sociedade diante de suas necessidades, de interesses e preferências por determinada solução.

No Brasil, na área de saúde, por exemplo, a participação dos Conselhos Municipais de Saúde no processo decisório do setor, incluindo representantes dos usuários dos serviços de saúde, tem sido evidenciada em diversos estudos. Em determinados casos e conjunturas, os Conselhos Municipais de Saúde têm sido arena representativa dos interesses dos setores populares e de participação nos processos de tomada de decisão política (CÔRTEZ, 1998).

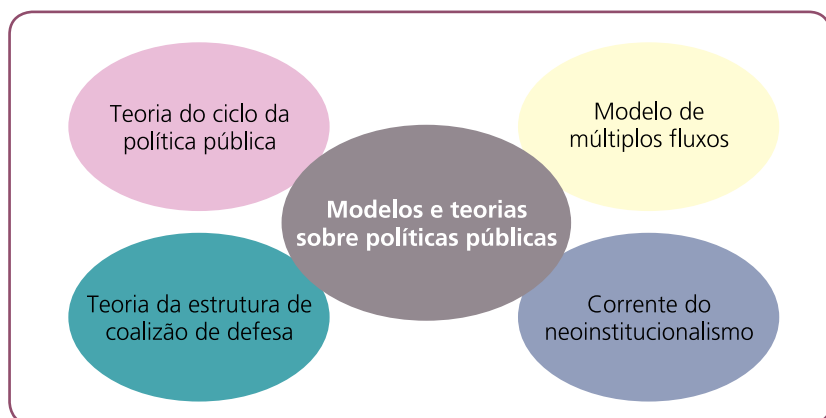
Outras instâncias de atuação da sociedade na demanda para assegurar políticas públicas incluem o Ministério Público. Segundo Machado (2008), a partir do estabelecimento da Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 196 assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado, segmentos da sociedade civil têm buscado a concretização desses direitos até então não garantidos na prática. De acordo com esse autor, o campo do direito tem se apresentado como meio efetivo para superar os limites quanto à universalização do acesso aos serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde. Diversas instâncias judiciais vêm sendo acionadas pela sociedade civil visando à garantia do direito à saúde além do Ministério Público (MP). Tais instâncias incluem o Poder Judiciário, e a Defensoria Pública. Ainda de acordo com Machado (2008), a atuação do MP na busca da garantia dos direitos sociais tem sido relatada em diversos estudos, sendo a Ação Civil Pública seu principal instrumento. Segundo o mesmo autor, a inserção do Poder Judiciário e MP na área de saúde evidencia a “judicialização” da política, ou seja, uma forma de expansão do poder judiciário na atuação dos demais poderes.

Esses exemplos podem não se relacionar diretamente à formulação de uma política pública específica, mas dão a dimensão do embate em torno de atores, arenas e disputas de poder.

Modelos e teorias sobre políticas públicas

Diversos modelos de análises sobre formulação de políticas públicas foram propostos por pesquisadores desse campo de estudo, na tentativa de compreender os processos e relações de poder e interesse de uma sociedade. Neste capítulo, discutiremos:

Figura 1 – Modelos de teorias sobre políticas públicas abordados neste capítulo



O ciclo da política pública

Para discussão desse tópico, sistematizamos os postulados de Baptista e Rezende (2011) sobre o ciclo da política pública. Segundo as autoras o interesse em analisar a formulação de políticas públicas, ou o padrão de decisão dos governos, não é recente, tendo surgido entre os séculos XIX e XX nos países desenvolvidos. O foco principal era desenvolver métodos capazes de oferecer subsídios para a ação dos governos perante as demandas da sociedade.

Assim, a ideia era conhecer as demandas da sociedade e o processo político na formação e na execução das políticas para possibilitar decisões acertadas. Após a Segunda Guerra os estudos se intensificaram especialmente na Inglaterra e nos EUA, como o objetivo de ampliar as certezas na tomada de decisões dos governos. Foi nesse contexto que teve início a construção do enfoque da política em fases ou estágios, ressaltando os diferentes momentos de formulação e desenvolvimento de uma política pública, denominado “ciclo da política”.

Tal proposta, que entendia a construção de políticas públicas em uma lógica simples e linear, passou por várias críticas, sendo uma a de manter a análise restrita ao âmbito governamental, como se toda a política pública fosse constituída apenas dentro dos limites do aparelho estatal.

Diversos estudos sobre políticas foram realizados, sugerindo modificações na teoria do ciclo da política, contribuindo para o seu aprimoramento. Tais estudos apontaram para demais variáveis que influenciavam a formulação de políticas, como a identificação das características das agências públicas fazedoras das políticas; dos atores participantes desse processo de “fazer” políticas; das inter-relações entre agências e atores; e das variáveis externas que influenciam esse processo.

Nos anos 1990, de acordo com as autoras, analistas de políticas públicas propuseram condensar as fases do processo da política pública em cinco etapas:

1. montagem ou formação da agenda;
2. formulação da política;
3. tomada de decisão;
4. implementação; e
5. avaliação.

Nesse modelo prevalece a ideia de que uma política se inicia a partir da percepção de problemas, passa por um processo de formulação de propostas e decisão, segue sendo implementada, para enfim ser avaliada e dar início a um novo processo de reconhecimento de problemas e formulação de política. Essa é a ideia de ciclo da política que até os dias atuais é bastante divulgada e trabalhada nos estudos de política.

Atualmente grande parte dos estudos de política realiza uma análise por momentos ou fases do processo político, sendo essa uma das perspectivas mais correntes. Apesar das críticas ao modelo (caráter funcionalista, racional e que tenta manter o controle sobre o processo político), este persiste no debate acadêmico como referência.

Talvez a principal contribuição da ideia do ciclo da política seja a possibilidade de percepção de que existem diferentes momentos no processo de construção de uma política, apontando para a necessidade de se reconhecer as especificidades de cada um desses momentos, possibilitando maior conhecimento e intervenção sobre o processo político.

As desvantagens estão por conta da inevitável fragmentação que a ideia de fases provoca em qualquer análise a ser empreendida. Por mais que haja um cuidado do analista em não isolar uma fase e seus efeitos, há sempre o risco de tratá-la de forma estanque. Além disto, a aplicação desse modelo carrega consigo o perigo de se imaginar que a política se comporta de forma previsível, ou que existe uma política melhor, verdadeira, destituída de intenções e disputas. No entanto, essa é uma questão que se apresenta para todo o campo de análise da política e não apenas para o uso específico desse modelo.

Fonte: Adaptado de Baptista; Rezende (2011).

Modelo de múltiplos fluxos

A partir das contribuições do ciclo da política, foi desenvolvido na década de 1980 nos Estados Unidos um modelo de análise de políticas

públicas, denominado modelo de “múltiplos fluxos” (KINGDON, 1984). O modelo se concentra nas duas primeiras fases do ciclo da política, quais sejam as fases de estabelecimento da agenda e de especificação ou formulação de alternativas de políticas, da qual uma escolha é feita.

A primeira questão a ser levantada nesse modelo é por que alguns problemas e assuntos se tornam proeminentes na agenda governamental, enquanto outros não, e por que certas alternativas são escolhidas enquanto outras são negligenciadas. Nesse sentido, é importante definir, para efeito de análise de políticas, como o autor define o termo agenda, que tem vários usos, mesmo em contextos de políticas governamentais.

O termo agenda é definido, segundo Kingdon (1984) como a lista de assuntos ou problemas que, em um dado momento, chamam a atenção dos agentes governamentais e de pessoas em torno deles. Desse modo, o processo de estabelecimento de uma agenda relaciona-se com a lista de assuntos que estão sendo considerados e que de fato se tornam o foco de atenção. O interesse do modelo é saber não somente porque uma agenda é estabelecida, mas também porque muda em determinados períodos de tempo.

Duas variáveis influenciam as fases de formação da agenda e o estabelecimento de alternativas: os participantes ativos (atores governamentais e não governamentais) e os processos. São considerados três tipos de processos: fluxo de problemas, fluxo de alternativas de políticas e fluxo político. Em determinados momentos, esses fluxos podem convergir, produzindo mudanças na agenda e, com isso, abrindo uma “janela de oportunidade”, permitindo a inserção de uma questão na agenda de decisão.

Três elementos básicos estão envolvidos no fluxo de problemas, exercendo pressão sobre os agentes governamentais:

1. existência de indicadores e acúmulo de informações sobre um determinado problema;
2. eventos ou crises;
3. *feedback* de ações governamentais.

A existência de indicadores (quantitativos e qualitativos, em particular os primeiros) sobre um determinado problema que demanda políticas públicas constitui preocupação efetiva tanto para os formuladores quanto para aqueles que exercem pressão para que ocorram mudanças políticas. Porém, as evidências providas pelos indicadores não são isoladamente suficientes para influenciar os formuladores. Muitas vezes



É importante que seja feita uma distinção entre a agenda governamental e agenda de decisão. **Agenda governamental** é a lista de assuntos que chamam a atenção dos governantes, mas que ainda não serão decididos. Já **agenda de decisão** é a lista de assuntos da agenda governamental que serão decididos. No modelo de análise em questão, o termo “agenda” se refere à agenda de decisão, pois é o momento de determinado tema tornar-se merecedor de uma política.

os problemas precisam ser focalizados em eventos capazes de chamar a atenção das pessoas que estão dentro e em torno do processo governamental, o que pode ser gerado por uma crise ou desastre, tornando determinado assunto menos provável de ser ignorado.

O monitoramento de programas e metas que não alcancem resultados esperados, que ocorre no curso de planejamento e avaliação dos governos, denominado de *feedback* de ações governamentais, pode também motivar a formulação de uma política ou a mudança de rumo de determinada ação, constituindo-se no terceiro elemento do fluxo de problemas.

Um exemplo para ilustrar os três elementos do fluxo de problemas foi o caso do reconhecimento dos gestores de saúde sobre a insegurança alimentar dos povos indígenas no Brasil em 2003.

Indicadores de precariedade das condições nutricionais dos povos indígenas já eram descritos por estudos acadêmicos desde o início da década de 1990. No entanto, o acontecimento de uma crise pela ocorrência de diversas internações hospitalares e óbitos de crianças indígenas por desnutrição grave no Rio Grande do Sul em 2001, noticiado em jornais de circulação nacional, ajudou sobremaneira a focalizar o problema.

Além disso, avaliações do subsistema de saúde indígena para elaboração do planejamento de ações e recursos quadrianuais (Plano Plurianual 2004-2007) indicaram dificuldade de obtenção de informações sobre o estado nutricional daqueles povos, além de ocorrência de diversos agravos associados a estado nutricional inadequado, o que representou um *feedback* sobre ações que não estavam sendo realizadas (CALDAS; SANTOS, 2012).

O processo de elaboração de propostas de solução, denominado fluxo de alternativas de políticas, pode ocorrer de maneira independente ao fluxo de problemas. Propostas são elaboradas de maneira rotineira nas comunidades de políticas e, após um longo processo de difusão, passam a “procurar” por problemas para os quais possam ser a solução. Tais comunidades são compostas por especialistas em determinada área de política pública, que podem ser acadêmicos, servidores técnicos do legislativo, analistas de grupos de interesse e servidores do executivo, entre outros. Nessas comunidades, ideias e propostas são elaboradas e também circulam, quando podem ser modificadas e eventualmente aceitas. Esse fluxo pode não exercer influência direta sobre a agenda, sendo que as alternativas de solução elaboradas nas comunidades de políticas alcançam a agenda apenas quando problemas percebidos, ou

demandas políticas, criam oportunidades para tal. A existência de alternativas disponíveis é de suma importância para ajudar um problema a entrar na agenda de decisão. Muitas vezes certos temas importantes para o governo não entram na agenda de decisão por não terem uma solução pronta e bem difundida ligada a eles.

Não é suficiente, portanto, haver um problema, mesmo que seja um problema com forte poder de pressão. É necessário haver também uma proposta de solução pronta para ser executada, que já tenha sido difundida e debatida, além de ser viável técnica e financeiramente e de contar com a aceitação da opinião pública. Por outro lado a disponibilidade de uma alternativa viável não é condição suficiente para um problema alcançar uma prioridade elevada na agenda de decisão, mas suas chances aumentam se uma solução estiver a ele acoplada.

Além da evidência de problemas, alterações no cenário político de uma nação têm um forte poder de influência na formação de agendas (fluxo político), sendo parte integral do *policy making* ou da formulação de uma política. O contexto político pode ser composto por campanhas de grupos de pressão ou forças políticas organizadas, por um “clima nacional” (opinião pública) sobre determinado tema, resultados de eleições, perfis de composição ideológica do Congresso Nacional e mudanças na administração pública. Os grupos de interesse podem ser representados por grupos ligados a negócios e indústria, ou compostos por grupos de interesse público (por exemplo, movimentos sociais), ambos com forte poder de pressão sobre a agenda governamental.

As mudanças governamentais podem ser fundamentais para a formação da agenda de uma política pública. Nesse cenário figuram os atores considerados como os mais importantes na formação da uma política governamental, em particular os participantes da alta “administração” pública, como o Presidente da República e sua equipe executiva mais direta.

Os diferentes fluxos seguem cursos independentes, permeando as organizações envolvidas nos processos de decisão governamental. A combinação de diferentes fatores (um problema reconhecido, uma solução já desenvolvida disponível nas comunidades de políticas e uma mudança governamental) pode criar um momento adequado para a formação de uma política pública, desde que não haja fortes restrições em potencial para a proposta. Em geral, nenhum dos fluxos é, individualmente, suficiente por si só para colocar um item firmemente em uma agenda de decisão. São nesses momentos de convergência dos fluxos que surgem as janelas de oportunidade.

Nos diversos casos de formulação de política analisados pelo autor, empreendedores foram identificados em diversos setores, como no Legislativo, em grupos de interesse, em grupos de membros do Executivo, lobistas ou grupos acadêmicos. O importante é a identificação da capacidade de mobilização de tais grupos ou indivíduos para defender suas propostas.

No Brasil, Sampaio e Araújo Junior (2006), em análise sobre a política de prevenção da Aids no Brasil, identificaram que, dois agravos, mesmo que de similar e elevada relevância epidemiológica, como a Aids e a Hepatite C, podem não possuir políticas de mesma magnitude. Destacaram, no caso da Aids, o importante papel dos movimentos sociais com forte estruturação, representatividade e poder de pressão, em especial na luta pela patente de medicamentos e sua distribuição.

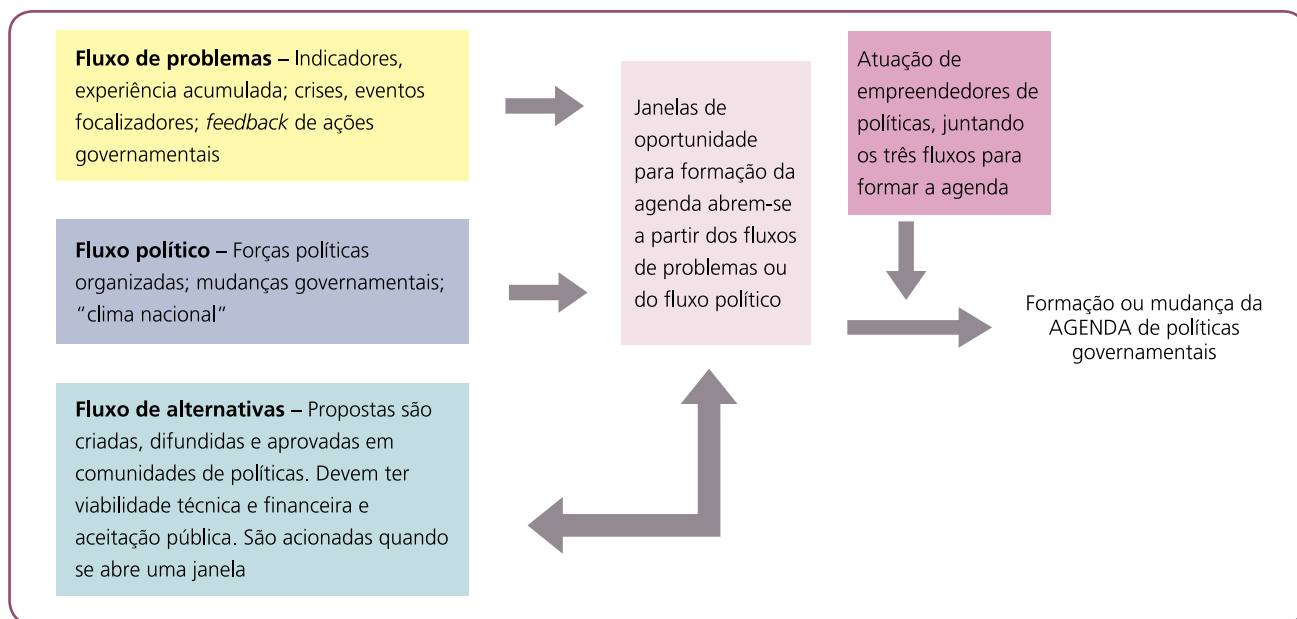
A habilidade da junção dos fluxos é creditada aos empreendedores de política, que são indivíduos ou grupos que advogam por propostas e que estão dispostos a investir recursos para promover determinada ideia em troca de retornos futuros. Esses indivíduos ou grupos se caracterizam por estar atentos à abertura das “janelas” para apresentarem suas propostas de solução. Desempenham, assim, papel fundamental, unindo soluções a problemas, propostas a momentos políticos, eventos políticos a problemas. Sem um empreendedor, a ligação entre os fluxos pode não ocorrer: ideias não são defendidas, problemas não encontram soluções, momentos políticos favoráveis à mudança são perdidos por falta de proposta.

Longe de representar um modelo que se aplique à análise de todas as políticas, o modelo de múltiplos fluxos oferece elementos para reflexão sobre o processo de formulação de políticas que supera o caráter meramente racional, onde os formuladores listam os problemas a serem enfrentados e elaboram propostas ideais de solução. Ao contrário: envolve diversos processos, atores e recursos de poder específicos, além da oportunidade de mudança.

Ainda que seu modelo ofereça recursos metodológicos que podem auxiliar na compreensão dos elementos presentes no processo de desenvolvimento de uma política, é importante destacar que há diversos aspectos não contemplados sobre as escolhas políticas dos formuladores e autoridades (BAPTISTA; REZENDE 2011):

- tais escolhas estão inseridas em culturas políticas e sociais particulares e em condições socioeconômicas próprias, o que pode interferir nas decisões;
- muitas decisões envolvem conflitos, negociações e compromissos, em geral decorrentes de interesses antagônicos;
- há regras institucionais que limitam as possibilidades de ação dos tomadores de decisão, mobilizando instâncias hierárquicas governamentais diferenciadas que possuem formas específicas de funcionamento;
- há, no processo de formulação e decisão, conhecimento limitado sobre o impacto efetivo das novas medidas propostas, o que explicaria o fato de muitas decisões serem adiadas para a fase seguinte da política, qual seja, a fase de implementação.

Figura 3 – Modelo de múltiplos fluxos de John Kingdon (1984)



Fonte: Adaptado de Kingdon (1984).

Para refletir

Identifique algum evento de crise ou desastre que tenha levantado determinada questão pública como merecedora de políticas públicas no Brasil.

E quanto à existência de indicadores, você consegue identificar a sua contribuição, em destacar um problema, especialmente um problema de saúde pública?

No Brasil é possível identificar políticas que tenham sido estabelecidas por mecanismos de avaliação de outras políticas que não tenham alcançado resultado?

Teoria da Estrutura de Coalizão de Defesa

A partir da obra de Sabatier e Weible (2007), apresentamos a seguir a discussão sobre a Teoria da estrutura de coalizão de defesa. Segundo os autores, na década de 1980, motivados pelo papel desempenhado por informações técnicas nos processos de mudanças das políticas públicas, foi desenvolvido, pelo próprio Sabatier, em parceria com outro autor, Jenkins-Smith, a Teoria da estrutura de coalizão de defesa – *advocacy coalition framework* (ACF).

A literatura disponível na época já sinalizava para o papel desempenhado pelas informações técnicas no processo de formulação de políticas, considerando a magnitude dos problemas, suas causas e provavelmente o impacto das várias soluções propostas. Em países como Estados Unidos, Canadá e nos da Europa, muitos legisladores buscavam conhecimento técnico sobre a severidade dos problemas e os prováveis benefícios e custos das soluções para o desenvolvimento de políticas.

A teoria de coalizão de defesa considera três pressupostos fundamentais: o **primeiro pressuposto** é que a maioria da formulação de políticas ocorre entre especialistas dentro de dado subsistema de políticas (exemplo: grupos que lidam com políticas de transporte, saúde, educação), sendo o comportamento deste afetado por fatores do sistema político e socioeconômico mais amplo.

Para a coalizão de defesa, a formulação de políticas em sociedades modernas é tão complexa que os participantes devem se especializar, ou seja, agregar informações técnicas sobre determinado tema, se quiserem ter influência nas mudanças. Participantes incluem não só legisladores, oficiais de agências governamentais e líderes de grupos de interesse, mas também pesquisadores e jornalistas em determinada área das políticas, técnicos ligados ao Poder Judiciário, ou seja, participantes com recursos específicos de poder e capacidade de intervir em um subsistema de políticas. Esse subsistema consiste em uma área específica da vida pública, como transporte, educação, saúde, meio ambiente, em um determinado território (ex.: um país ou estado). Portanto um grupo de técnicos, usuários, legisladores e outros participantes com interesse em determinada área, como a área de saúde no Brasil, por exemplo, integram um subsistema de políticas.

Os participantes de um dado subsistema têm fortes crenças e ideais que querem transformar em ações. Crenças de participantes são geralmente estáveis por cerca de uma década, sendo as principais mudanças políticas antes desse período de tempo difíceis de ocorrer. Entretanto informações técnicas e científicas podem acarretar mudanças nas crenças dos participantes, constituindo um importante fator nos processos das políticas.

Por outro lado não são apenas os fatores internos ou crenças individuais que afetam o comportamento dos participantes de subsistemas de políticas. Fatores externos, um mais estável e outro mais dinâmico, podem limitar ou promover a atuação dos participantes. Os fatores estáveis incluem a característica básica dos problemas (o que a política visa enfrentar), distribuição dos recursos naturais, estrutura e valores socioculturais e estrutura constitucional básica de determinada socie-

dade. Esses fatores estáveis são características importantes em estabelecer recursos e restrições nos quais atores e participantes devem atuar.

Temos como exemplo de fator exógeno estável para mudanças políticas na área de saúde no Brasil a própria Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como direito de todos, e a Lei n. 8.080 de 1990, que estabeleceu o Sistema Único de Saúde. Essa importante mudança ocorreu há mais de 20 anos e tem sido desde então a orientação constitucional para as políticas de saúde no Brasil. Entretanto, mesmo que estáveis tais fatores não são imutáveis ao longo do tempo.

Fatores dinâmicos incluem mudanças nas condições socioeconômicas, mudanças nas coalizões e decisões políticas de outros subsistemas. O exemplo de fator dinâmico pode ser a crise econômica enfrentada por países da Europa desde a década de 2010, que afeta investimentos em diversos outros países, inclusive o Brasil. Outro pode ser a mudança das coalizões provocada pelas eleições em todos os níveis de governo.

O **segundo pressuposto** é que as ações dos participantes ou atores dos subsistemas de políticas envolvem crenças e preferências individuais. Atores tendem a se relacionar com o mundo por uma série de filtros compostos por crenças preexistentes difíceis de alterar. Participantes teriam um núcleo profundo de crenças, que envolvem suposições sobre a natureza humana, amplamente construídas na formação pessoal dos indivíduos desde a infância e, por isso, muito difíceis de serem mudadas. Em outro nível está o núcleo de crenças das políticas. São aplicações do núcleo profundo de crenças que abarcam um subsistema inteiro de políticas. A suposição principal é que participantes das políticas são muito influenciados sobre a relação nos seus subsistemas e assim podem estar dispostos a investir seus esforços para aplicar certas crenças do núcleo profundo para desenvolver um núcleo de políticas. Entretanto pode não existir sempre correspondência direta entre crenças do núcleo profundo com crenças do núcleo das políticas. Isso pode ocorrer quando determinado grupo de participantes tem crenças ideológicas sobre determinado tema, mas essas crenças podem afetar seus interesses corporativos.

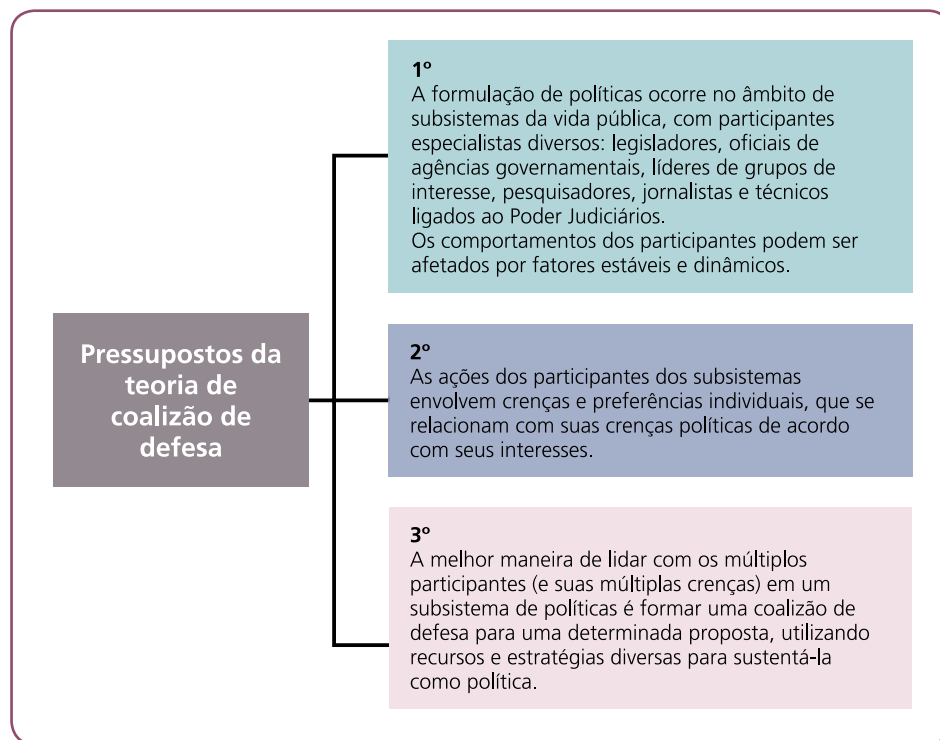
Para refletir

Na área de saúde, é possível identificar propostas de políticas que polarizam participantes entre os que as apoiam ou as rejeitam?

Quais fatores você pensa que podem bloquear ou promover uma proposta de política?

E por fim o **terceiro pressuposto**, de que a melhor maneira de lidar com a multiplicidade de atores em um dado subsistema de políticas é agregá-lo sem uma coalizão de defesa para determinada proposta. A ACF prevê que crenças de participantes são encaixadas dentro de redes informais, e formulações de políticas são estruturadas em parte pelas redes entre importantes participantes das políticas. Visando êxito, eles buscam aliados, dividem recursos e desenvolvem estratégias complementares. Por temer perder dos oponentes, motivam os atores para se alinhar e cooperar com aliados. Aliados com as mesmas crenças podem ser legisladores, oficiais governamentais, líderes de grupos de interesse, juízes, pesquisadores e intelectuais de diversos níveis governamentais. Formam coalizão de defesa quando conseguem certo grau de coordenação. Em dados subsistemas de políticas podem existir de duas a cinco coalizões de defesa.

Figura 4 – O modelo da estrutura de coalizão de defesa



Fonte: Adaptado de Sabatier; Weible (2007).

A teoria da estrutura de coalizão de defesa foi aplicada em diversos países, tendo sofrido várias críticas e, assim como em outros modelos, foram incorporadas diversas modificações importantes desde 1999. Variáveis consideradas importantes nas mudanças da ACF incluem os fatores que afetam fortemente os recursos e os comportamentos das coalizões de defesa.

Os questionamentos oriundos principalmente de pesquisadores europeus consideraram que a teoria de ACF assume pressupostos demasiadamente baseados no **pluralismo** americano. Em resposta os autores revisaram sua estrutura para lidar com características dos regimes corporativistas europeus e regimes autoritários presentes em alguns países em desenvolvimento.

Entre esses fatores está o grau de consenso necessário para mudanças políticas principais, que difere dentro de cada país devido a características de cada um deles. Em geral, quanto maior o grau de consenso requerido, mais as coalizões de defesa têm que ser inclusivas para buscar compromissos. Outra questão se refere à abertura do sistema de políticas, que por sua vez é afetada pelo número de campos de tomada de decisão que qualquer proposta de política principal deve seguir, além da acessibilidade de cada campo de decisão.

Países como os EUA têm vários campos de tomada de decisão. Aliados com forte tradição de um poder executivo, legislaturas e judiciário acessíveis, eles criam um sistema aberto com muitos diferentes atores envolvidos no sistema de políticas. Em contraste, sistemas corporativistas tendem a ser menos abertos e as coalizões de defesa tenderão a ter menos atores. Estruturas corporativistas envolvem normas fortes de consenso e compromisso e normas restritivas de participação.

Pluralismo é a corrente de análise de políticas que considera o Estado como um espaço aberto a disputas de diversos grupos associados ou não à burocracia governamental, que direcionam as políticas públicas de acordo com seus interesses. As variações teóricas a essa abordagem incluem o elitismo e o corporativismo. No elitismo destaca-se o poder exercido por determinado número de elites organizadas em um dado interesse, e a habilidade das mesmas em alcançar seus objetivos. No corporativismo, há ênfase na atuação de grupos de pressão, porém esses grupos estariam ligados ao Estado. Essas abordagens, além de outras derivadas, apesar das suas contribuições, sofreram várias críticas a partir da década de 1980, por não responderem à complexidade do processo político (VIANA; BATISTA, 2008).

Tipos de recursos que restringem ou facilitam mudanças

Autoridade formal legal para fazer decisões sobre políticas: atores em posição de autoridade legal como membros potenciais de coalizões de defesa, como agentes governamentais legisladores e alguns juízes são a maior fonte de recursos da coalizão. Uma das mais importantes características das coalizões dominantes é a que tem mais membros em posições formais de autoridade do que coalizões minoritárias. As principais estratégias de coalizão incluem colocar aliados em posições de autoridade legal pelas eleições ou comissionados políticos, assim como lançar campanhas de *lobby* para influenciar oficiais com autoridade legal.

- **Opinião pública:** pesquisas de opinião pública mostrando suporte para as posições de uma coalizão é um recurso principal para participantes das políticas. Uma estratégia típica para coalizões de defesa é gastar um tempo grande tentando buscar suporte público.
- **Informação:** informações em relação à severidade e causas dos problemas e os custos e benefícios de alternativas de políticas são um importante recurso para uma coalizão, utilizado em debates contra opositores.

- **Recursos financeiros:** uma coalizão com recursos financeiros amplos pode financiar pesquisas para produzir informação e financiar candidatos favoráveis, ganhando consequentemente acesso a legisladores e comissionados políticos.
- **Líderes habilidosos:** a literatura em empreendedores de políticas demonstra como líderes habilidosos podem criar uma visão atrativa para a coalizão, usando recursos eficientemente, e atrair novos recursos. ■

Como outros modelos e teorias de análises de políticas, a estrutura de coalizão de defesa tenta contribuir para o entendimento dos processos que afetam as mudanças nas políticas públicas e as condições de sua implementação. As críticas e modificações que todos os modelos sofrem vêm de estudos subsequentes, que adicionam experiências vividas pelos autores e variam de acordo com suas concepções e visões de mundo, além do contexto do estudo. Desse modo não representam necessariamente sugestões de correções, mas um aprimoramento para sua aplicação (SABATIER; WEIBLE, 2007).

Para refletir

No caso do recente debate promovido no âmbito do setor saúde em torno da descriminalização do aborto no país, você identificaria a existência de coalizões oponentes? Quais seriam estas? É possível identificar ou debater sobre crenças ou interesses nesse caso?

Neoinstitucionalismo¹

Segundo Hall e Taylor (2003), o termo “neoinstitucionalismo” foi utilizado na ciência política para designar uma perspectiva teórica sobre políticas públicas que se expandiu a partir dos anos 1980 e 1990. Não constituiu, entretanto, corrente única, sendo que três escolas de pensamento independentes utilizam o termo: “institucionalismo histórico”, “institucionalismo de escolha racional” e “institucionalismo sociológico”. Todas buscam discutir o papel das instituições na determinação dos resultados sociais e políticos.

¹ Este tópico foi desenvolvido com base no trabalho do cientista político Peter Hall e da socióloga Rosemary Taylor (HALL; TAYLOR, 2003), que se dedicaram a uma análise comparativa sobre três versões de uma corrente da ciência política – a teoria do institucionalismo.

O institucionalismo histórico

Os teóricos dessa escola buscavam melhores explicações sobre a distribuição desigual do poder e dos recursos no cenário político, de modo que determinados interesses são privilegiados, ao invés de outros.

Consideravam a comunidade política como sistema global de partes que interagem, e que a organização institucional da comunidade política era o principal fator a estruturar o comportamento coletivo, ao contrário de considerar apenas as características sociais e culturais dos participantes como parâmetros responsáveis pelo funcionamento do sistema. Nessa perspectiva o Estado merece especial atenção, não sendo visto como um agente neutro arbitrando entre interesses concorrentes, mas um complexo de **instituições** capaz de estruturar a natureza e os resultados dos conflitos entre grupos. Outras instituições sociais e políticas como as associadas à organização do trabalho e do capital também são problematizadas na estruturação das interações sociais, como, por exemplo, movimentos de trabalhadores e organizações patronais e as características dos sistemas financeiros de cada país.

Instituição é definida de modo global como procedimentos, protocolos, normas e convenções inerentes à estrutura organizacional da comunidade ou da economia política (HALL; TAYLOR, 2003).

O institucionalismo histórico baseia-se em quatro propriedades principais: a primeira discorre sobre a relação entre o comportamento dos indivíduos e das instituições em termos gerais. A segunda, sobre as relações de poder assimétricas associadas ao desenvolvimento de instituições. A terceira considera o desenvolvimento institucional que privilegia trajetórias decorrentes de políticas passadas, situações críticas e consequências imprevistas das políticas. E, por fim, institucionalismo histórico não considera somente a influência das instituições na determinação de situações políticas, mas é permeável à contribuição de outros tipos de fatores, como as ideias.

Considerando a primeira propriedade, as instituições afetam o comportamento dos indivíduos sob duas perspectivas, uma calculadora e outra cultural. Na perspectiva calculadora indivíduos agem examinando todas as escolhas possíveis para selecionar aquelas que oferecem um benefício máximo, adotando comportamento estratégico. Nessa perspectiva as instituições afetam o comportamento dos indivíduos oferecendo informações concernentes ao comportamento de outros atores, aos mecanismos de aplicação de acordos, e às penalidades em caso de discordância. Ou seja, atores tendem a agir de acordo com o comportamento dos outros grupos de atores. Como exemplo de procedimentos calculistas, resultados de estudos sobre reformas de sistemas de saúde na Europa evidenciaram que grupos de médicos diante de reformas tendem a se comportar avaliando a possibilidade de sucesso no caso de contestar uma decisão

que não lhes conviessem. Outro exemplo diz respeito a como o poder estabelecido pelo Judiciário norte-americano influenciou movimentos de trabalhadores que abandonaram certas estratégias, pois corriam risco de serem derrubadas por decisão judicial.

Na perspectiva cultural o comportamento jamais é inteiramente estratégico, mas modulado pela visão de mundo do indivíduo, ou a modelos de comportamento já conhecidos para atingir seus objetivos. As instituições respondem nessa perspectiva fornecendo modelos morais e cognitivos que permitem a interpretação e a ação. O indivíduo é considerado como fazendo parte de um mundo de instituições composto de símbolos, cenários, protocolos que subsidiam uma linha de ação.

Outra propriedade do institucionalismo histórico é a importância às relações de poder assimétricas. Todos os estudos institucionais têm incidência direta sobre relações de poder. Os teóricos dessa corrente consideram que as instituições conferem a certos grupos ou interesses um acesso desproporcional ao processo de decisão.

Uma causalidade social dependente da trajetória percorrida por políticas anteriores, ou *path dependence*, também é defendida por teóricos dessa corrente. Nessa concepção as políticas herdadas existentes estruturam as decisões posteriores.

Um exemplo de *path dependence* foi problematizado na análise de Meneucchi (2007) sobre a implementação da Reforma Sanitária no Brasil. A autora destacou em seu estudo os constrangimentos institucionais e efeitos de *feedback* de políticas prévias de saúde no país. Anteriormente aos processos que levaram à discussão da saúde como direito universal e papel do Estado, já existia no Brasil uma rede prestadora privada de saúde fortalecida por uma série de incentivos governamentais desde a década de 1960. Tais incentivos criaram expansão dessa rede e consolidaram uma dependência dos seus serviços. Essa dependência advinha sobretudo da necessidade de assistência de maior complexidade, na medida em que não se desenvolveu capacidade estatal para uma opção diferente. Assim, desde a Reforma Sanitária, na década de 1990, segundo a autora, a rede pública vem aumentando a cobertura ambulatorial, mas o crescimento da oferta de produtos hospitalares foi apenas pontual. Devido à alternativa dos planos privados de saúde, diversos segmentos da sociedade com poder de pressão puderam prescindir do SUS. Consequentemente, um aumento da oferta de serviços públicos de saúde sofreram resistências políticas.

E, por fim, esses teóricos, embora reconheçam o papel das instituições na vida política, consideram que as instituições não são o único fator

que influencia a vida política. Há espaço na cadeia causal sobre como a política se estrutura para outros fatores, em especial o desenvolvimento socioeconômico e a difusão de ideias. Os institucionalistas históricos apresentam, assim, um mundo mais complexo do que o universo de preferências e de instituições postulado pelos teóricos da escolha racional. Mostram-se atentos na relação entre as instituições e as ideias e crenças.

O institucionalismo de escolha racional

Segundo Hall e Taylor (2003), o institucionalismo de escolha racional desenvolveu-se paralelamente à corrente de pensamento do institucionalismo histórico. Seus defensores desenvolveram esta perspectiva de análise baseada no contexto de estudo do comportamento do Congresso Americano. Apesar das múltiplas preferências dos legisladores e a diversidade de questões que poderiam gerar ciclos constantes de mudanças na legislação, observava-se o contrário: uma estabilidade de decisões ao longo de várias legislaturas.

Os teóricos da escolha racional buscaram explicações para tal estabilidade nas características das instituições.

Foram identificados como os regulamentos do Congresso e das comissões afetam o comportamento dos congressistas. Algumas regras de funcionamento do legislativo permitem fixar a pauta de votação de modo a reduzir as decisões a serem submetidas ao voto dos representantes. Outras atribuem a responsabilidade de decidir questões chave a comissões estruturadas que atendem aos interesses eleitorais dos legisladores, ou adotem mecanismos de adoção de leis que facilitam negociação entre os parlamentares. Em resumo, as instituições do congresso (seu conjunto de regras e procedimentos) reduzem os custos políticos das transações dos acordos, de modo a facilitar as negociações, diminuindo os conflitos entre os legisladores e assim produzindo leis estáveis. O que ocorre na prática é que as instituições do Congresso resolvem grande parte dos problemas de ação coletiva que os legisladores enfrentam.

A partir da década de 1990, os teóricos da escolha racional passaram a considerar também outros aspectos do comportamento humano para explicar certos fenômenos políticos. As propriedades ligadas ao enfoque incluem: atores compartilham conjunto determinado de preferências e se comportam de modo utilitário para maximizar a satisfação de suas preferências de modo calculado e estratégico. Consideram a vida política como uma série de dilemas de ação coletiva, em que os indivíduos que agem em satisfazer suas preferências o fazem com risco

de produzir resultados que atendem apenas parcialmente aos interesses da coletividade.

O comportamento de um ator não seria determinado por forças históricas, mas por um cálculo estratégico. O processo de criação de uma instituição é geralmente centrado na noção de acordo voluntário entre os atores interessados e deve a sua sobrevivência ao fato de oferecer mais benefícios aos atores interessados do que às formas institucionais concorrentes.

Hall e Taylor (2003) argumentam ainda que, paralelamente aos debates da ciência política, o **institucionalismo sociológico** desenvolveu-se na sociologia.

Até a década de 1970, as estruturas burocráticas do mundo moderno, sejam elas ministérios, empresas, escolas etc., eram consideradas por muitos estudiosos como estruturas elaboradas em crescente busca pela eficácia para cumprimento de tarefas formais ligadas às organizações, em que a cultura não estava presente.

Contrariando esta tendência, os estudiosos do institucionalismo sociológico sustentaram que muitas formas e procedimentos das organizações modernas não eram adotadas por serem as mais eficazes, mas que deveriam ser considerados como práticas culturais.

Três características conferem-lhe originalidade em relação às outras vertentes. Primeiro, os teóricos dessa corrente tendem a definir as instituições de maneira mais global que os pesquisadores da ciência política, e incluem sistemas de símbolos, esquemas cognitivos e modelos morais que fornecem padrões de referência que guiam a ação humana. Em segundo lugar, esse enfoque tende a redefinir cultura como sinônimo de instituições e se aproxima de uma concepção de cultura como rede de hábitos, símbolos e cenários que fornecem modelos de comportamento.

Segundo escolas antigas, as instituições teriam um impacto normativo no comportamento dos indivíduos. Atualmente numerosos teóricos concentram-se no modo como as instituições influenciam o comportamento ao fornecer esquemas, categorias e modelos cognitivos indispensáveis à ação. Isso enfatiza a natureza altamente interativa das relações entre instituições e a ação individual.

Por fim, os neoinstitucionalistas sociológicos têm maneira distinta de tratar a explicação do surgimento e de modificações de práticas institucionais. Eles sustentam que as organizações adotam com frequência uma nova prática institucional, por razões que têm menos a ver com o aumento de sua eficiência do que com o reforço que oferece à sua legitimidade social

e a de seus adeptos. A questão fundamental nessa ótica é evidentemente a de saber o que confere “legitimidade” a certos arranjos institucionais antes do que outros. A questão conduz a uma discussão sobre as fontes de autoridade cultural. Alguns enfatizam o papel regulador do Estado, que impõe via autoridade numerosas práticas às organizações.

Outros destacam as comunidades profissionais com autoridade cultural suficiente para impor normas ou práticas a seus membros. Em outros casos, práticas institucionais comuns podem nascer de processo de discussão mais interativo entre atores de uma dada rede (relativo a problemas comuns e sua solução), que se dá em diversos foros, inclusive nas discussões internacionais.

Intercâmbios desse tipo podem concretizar e difundir práticas institucionais, sendo possível observar esses processos em escala transnacional, que conferem certo grau de autoridade às práticas dos Estados mais “desenvolvidos”.

Os autores postulam que as múltiplas abordagens do neoinstitucionalismo contribuem sobremaneira para compreensão das políticas públicas. Entretanto, as imagens que propõem do mundo político são distintas, apresentando cada uma delas vantagens e limitações (HALL; TAYLOR, 2003).

Considerações finais

As contribuições dos diversos modelos e teorias são marcos referenciais importantes para o aprendizado e para troca de experiências na área de análise de políticas públicas. Diversas teorias e modelos de análises de política foram desenvolvidos e propostos por pesquisadores desse campo de estudo, a partir de experiências concretas em países desenvolvidos, com sistemas e democracias estáveis, na tentativa de compreender processos e relações de poder e interesse de uma sociedade, tentando romper com o entendimento de que uma política pública é elaborada meramente por reconhecimento das necessidades de intervenções por um agente público em determinada sociedade.

Independentemente das teorias e modelos que consideram diversos condicionantes para compreender a ação do Estado, Baptista e Mattos (2011) argumentam que se deve buscar compreender as diferentes relações de poder que se estabelecem entre grupos sociais na construção das políticas em Estados específicos. Para analisar os processos políticos é necessário ir além do que é aparente ou o que está descrito nas estruturas normativas e formais, buscando o que há de vida na sua construção. Ou seja, as políticas e ações públicas trilham caminhos muitas vezes diversos do que rezam seus protocolos, portarias e manuais.



Para saber mais

Leia sobre análises de políticas no Brasil em:

- “Vigilância alimentar e nutricional para os povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde”, de Aline Diniz Rodrigues Caldas e Ricardo Ventura Santos (2012), disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200008>
- *A implementação da reforma sanitária: formação de uma política*, de Telma Menicucci (2007).
- “Construção da agenda governamental: atores, arenas e processo decisório na saúde”, de Isabela Cardoso de Matos Pinto (2008), no endereço <http://www.revistaoes.ufba.br/viewarticle.php?id=343&layout=abstract>
- “Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula”, de Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos (2005), disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1415-52732005000400001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Para refletir

No caso da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, formalizada em 1999:

- Podemos afirmar que sua formulação se constituiu em proposta inovadora no país?
 - Ações anteriores nessa área contribuíram ou interferiram no seu desenho?
 - É possível identificar grupos de atores e processos envolvidos na sua formulação?
 - Após mais de uma década de sua formulação, existem estudos sobre sua implementação, ou de suas diretrizes?
-

Referências

- BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011. p. 52-91. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/?p=443>>. Acesso: dez. 2012.
- BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011. p. 138-172. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/?p=432>>. Acesso: dez. 2012.
- CALDAS, A. D. R. C.; SANTOS, R. V. Vigilância alimentar e nutricional para os povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 545-565, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200008>>. Acesso em: fev. 2013.
- CÔRTEZ, S. M. V. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 5-32, 1998.
- HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova*, São Paulo, n. 58, p. 193-224, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452003000100010>>. Acesso em: fev. 2013.
- KINGDON, J. W. *Agendas, alternatives and public policies*. Boston: Harper Collins College Publishers, 1984.
- MACHADO, F. R. S. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 73-91, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13118/14921>>. Acesso em: jan.2013.

MENICUCCI, T. A implementação da reforma sanitária: formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 303-325.

PINTO, I. C. M. Construção da agenda governamental: atores, arenas e processo decisório na saúde. *Organização & Sociedade*, Salvador, v. 15, n. 44, p. 13-23, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.revistaoes.ufba.br/viewarticle.php?id=343&layout=abstract>> . Acesso em: fev. 2013.

SABATIER, P. A.; WEIBLE, C. M. The advocacy coalition framewok. innovations and clarifications. In: SABATIER, P. A. (Ed.). *Theories of the policy process*. Boulder: Westview Press, 2007. p. 189-220.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO JUNIOR, J. L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção da AIDS. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 6, n 3, p. 335-346, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000300010>>. Acesso em: fev. 2013.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. *O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos*. Campinas: Unicamp/Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 2000.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 65-81.

VASCONCELOS, F. A. G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Revista de Nutrição*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 439-457, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S141552732005000400001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: fev. 2013.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz: Cebes, 2008. p. 65-105.

5. Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil

Luciene Burlandy e Rosana Magalhães

Neste capítulo serão apresentadas as principais políticas e intervenções públicas de alimentação e nutrição, envolvendo diferentes níveis de governo e organizações sociais no contexto contemporâneo brasileiro. A perspectiva é contribuir, a partir de uma breve revisão histórica e conceitual, para a reflexão em torno do escopo e alcance das iniciativas, com destaque para a formulação e implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan). Resgatando o debate acerca do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) serão privilegiadas a interlocução da área de alimentação e nutrição com o setor Saúde, por meio do Ministério da Saúde e demais instâncias articuladas ao SUS, e as interfaces com as demais políticas sociais. Nesse aspecto, serão abordadas as oportunidades e os limites para a consolidação de processos de articulação intersetorial no campo da alimentação e nutrição.

As políticas públicas de alimentação e nutrição no Brasil

As políticas de alimentação e nutrição podem ser definidas como as ações desenvolvidas pelo Estado e/ou pela sociedade que afetam as práticas sociais neste campo a partir de uma ótica pública. No Brasil, estas políticas “em tese” teriam como objetivo final garantir o direito universal à alimentação adequada e saudável, uma vez que a Emenda Constitucional n. 64 de 2010 inseriu no artigo 6º da Constituição Federal a alimentação como Direito Social (BRASIL, 2010). O fato expressa



de alguma forma o compromisso do Estado e da sociedade brasileira com a efetiva consolidação desse direito.

Muitas disputas estão em pauta nesse processo, atravessado por diversos conflitos em torno de interesses distintos, projetos políticos, concepções sobre os problemas e sobre as alternativas para enfrentá-los. Além disso, os diferentes tipos de recursos existentes são apropriados e distribuídos de forma muito diversa entre as organizações, as instituições e os segmentos populacionais afetados pelas políticas públicas. Dessa forma, os atores envolvidos se colocam de modo muito desigual no plano das disputas existentes.

Portanto, apesar de existirem iniciativas sendo desenvolvidas há algumas décadas no país, ainda persistem problemas alimentares e nutricionais importantes. Em diferentes regiões e entre vários grupos sociais podemos identificar grandes desafios para a garantia do direito a uma alimentação adequada e saudável. Evidentemente, houve avanços importantes ao longo das últimas décadas como, por exemplo, a redução da desnutrição infantil, que podem indicar ganhos nesse sentido. Mas a permanência da anemia e demais quadros carenciais, e mesmo da desnutrição em alguns segmentos populacionais, além do crescimento da obesidade e de outras doenças associadas, especialmente doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o diabetes *mellitus*, a hipertensão arterial sistêmica e diversos tipos de câncer, indicam a complexidade e a natureza dos problemas a serem enfrentados pelas políticas públicas no contexto contemporâneo do país (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 2011; IBGE, 2010; BATISTA; RISSIN, 2003).

As políticas públicas e os programas de saúde e nutrição podem afetar de forma importante esse perfil alimentar e nutricional. A capacidade de indivíduos e famílias em proverem sua alimentação depende não só da posição que ocupam na estrutura econômica, mas também do acesso a redes de proteção social, como programas sociais, sistemas de seguridade social e instituições de apoio (SEN, 1981). Por isso é importante compreender de que forma os programas de nutrição vem afetando o quadro de saúde, o perfil alimentar e o próprio perfil nutricional da população brasileira.

Para refletir

- Em que medida avançamos?
 - Como as políticas públicas e iniciativas sociais contribuíram para a transformação recente do quadro alimentar e nutricional da população brasileira?
 - Quais são os novos desafios?
 - Como garantir o maior alcance das políticas públicas de alimentação e nutrição? Por que conseguimos reduzir a prevalência de alguns problemas nutricionais e porque outros assumiram tanta relevância no atual quadro epidemiológico e nutricional da população brasileira?
-

Para responder às questões anteriores é importante conhecer a trajetória das políticas e dos programas de nutrição, analisar seus desafios, as estratégias adotadas, os resultados obtidos e refletir sobre o que é necessário para a garantia do direito a alimentação adequada e saudável.

Vale ressaltar que as políticas de saúde e de nutrição são apenas parte dos esforços de superação de problemas nutricionais e, por vezes, são parte até mesmo da conformação desses próprios problemas, ou seja, por vezes, podem contribuir para efeitos adversos e não previstos. Tais efeitos inesperados estão ligados também à própria dinâmica política e institucional dos governos. O Estado e os diferentes governos que o assumem são atravessados por vários interesses de distintos atores sociais (instituições, setor comercial, organizações da sociedade civil, dentre outros) e suas ações expressam um processo que é marcado por múltiplos conflitos. Dentre eles, os conflitos de interesses podem representar fortes barreiras para a consolidação de direitos sociais e especialmente do direito humano à alimentação saudável.

A incorporação do direito à alimentação na Constituição Brasileira forjou um terreno fértil para avançarmos no debate sobre a alimentação como um direito universal. Além disso, é importante destacar que construímos no país um conceito sobre alimentação adequada e saudável como fruto de um processo socialmente participativo que conjugou diversos atores vinculados ao campo da alimentação e nutrição, incluindo representantes de organizações da sociedade civil e de diferentes setores de governo que integram o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea). Dessa forma, entende-se que uma alimentação adequada e saudável é o

direito ao acesso e à garantia permanente de alimentação variada, equilibrada, moderada, prazerosa, livre de contaminan-

tes físicos, químicos, biológicos e de organismos geneticamente modificados, pautada no referencial tradicional e cultural local, provida de forma socialmente justa e ambientalmente sustentável, capaz de transmitir pelo ato de comer as propriedades nutritivas e quimioprotetoras dos alimentos (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2007).



Para saber mais

Sobre as questões importantes para o campo da análise de políticas, leia “Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas)”, de Tatiana Wargas de Faria Baptista e Ruben Araujo de Mattos (2011). O texto pode ser encontrado em www.ims.uerj.br/ccaps.

Esses avanços são fruto de um longo processo de discussão política e institucional. Ao resgatar esse aprendizado podemos refletir sobre as alternativas adotadas e avaliar limites e potencialidades das diferentes estratégias. Algumas perguntas podem nortear esta reflexão:

- O que vem sendo feito no campo das políticas de alimentação e nutrição no Brasil?
- Como vem sendo feito?
- Porque vem sendo feito dessa forma?
- Para quem?

A trajetória dos programas de alimentação e nutrição no período de 1930 a 1990

A trajetória histórica do campo da alimentação e nutrição no Brasil expressa um longo processo de construção institucional e debate acerca das alternativas para o enfrentamento da situação nutricional da população. Nesse caminho a influência de Josué de Castro, médico, geógrafo e sociólogo é inegável. Pioneiro em explorar a natureza e a complexidade das diferentes formas de privação alimentar no país, Josué de Castro articulou o debate sobre a fome aos temas da nação, do Estado e do perfil de políticas públicas. Ainda que tenham surgido diferentes interpretações do pensamento do autor, há um consenso de que Josué de Castro buscou de maneira incansável e fecunda interrogar o seu tempo, iluminando os dilemas políticos, econômicos e sociais ligados ao fenômeno da fome, tanto no Brasil como no mundo.

O pensamento de Josué de Castro contribuiu para a criação de inúmeras políticas públicas na área, sobretudo entre as décadas de 1940 e 1950. Buscando uma via efetivamente nacional para os dilemas do crescimento e o desenvolvimento social, Josué de Castro deslocou o debate sobre as necessidades alimentares do trabalhador do âmbito privado e doméstico e transformou a questão alimentar em prioridade política e demanda coletiva. No período foram criadas a Sociedade Brasileira de

Alimentação (SBA), o Serviço Técnico de Alimentação Nacional (Stan), o Instituto Técnico de Alimentação (ITA), a Comissão Nacional de Alimentação (CNA) e o Instituto Nacional de Nutrição (INN). Com os objetivos de garantir o diagnóstico do estado nutricional da população, ampliar maior conhecimento sobre os alimentos, intervir nos diferentes quadros carenciais do país e fortalecer a formação de pesquisadores na área, esse conjunto de instituições marcou a inclusão da questão alimentar e nutricional na agenda pública (MAGALHÃES, 1997).

Na década de 1960, a maioria dessas instituições foi extinta ou sofreu mudanças importantes. Como analisou Natal (1982), cresce no período a percepção do problema alimentar e nutricional como uma questão ligada à esfera da produção e do abastecimento. Ao mesmo tempo, diferentemente da realidade dos anos 1930, 1940 e 1950 analisada por Josué de Castro, o quadro de miséria e fome no país tornou-se mais complexo, urbano e segmentado a partir de clivagens de gênero, etnia, escolaridade e inserção ocupacional.

Josué de Castro, nascido em Recife no ano de 1908, foi um influente médico, nutrólogo, professor, geógrafo, cientista social, político, escritor, ativista brasileiro que dedicou sua vida ao combate à fome. Destacou-se no cenário brasileiro e internacional, não só pelos seus trabalhos ecológicos sobre o problema da fome no mundo, mas também no plano político, em vários organismos internacionais.



Fonte: Josué... (2012).

Partindo de sua experiência pessoal no Nordeste brasileiro, publicou uma extensa obra, que inclui: *Geografia da fome*, *Geopolítica da fome*, *Sete palmos de terra e um caixão*, *Homens e caranguejos*. Exerceu a Presidência do Conselho Executivo da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), e foi também embaixador brasileiro junto à Organização das Nações Unidas (ONU).

Recebeu da Academia de Ciências Políticas dos Estados Unidos o Prêmio Franklin D. Roosevelt; o Conselho Mundial da Paz ofereceu-lhe o Prêmio Internacional da Paz e o governo francês o condecorou como Oficial da Legião de Honra. Em 1962, Josué de Castro era embaixador do Brasil na ONU. Logo após o Golpe de Estado de 1964, teve seus direitos políticos suspensos pela ditadura militar. Josué de Castro faleceu em Paris, no dia 24 de setembro de 1973.

Não cabe aqui detalhar cada programa implementado no âmbito da política de alimentação e nutrição, mas podemos identificar três grandes linhas de atuação que foram marcantes até meados da década de 1990, quando olhamos o conjunto de programas.

A suplementação alimentar e a oferta de refeições para grupos específicos

Esta linha de ação tem como principais destaques os programas de distribuição de alimentos e de oferta de refeições que fizeram parte da política de nutrição e também da política social implementada em vários países. Como exemplos, temos o Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae), criado em 1955, o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), instituído em 1976, e os programas de distribuição de leite para crianças com déficit nutricional, em geral associados às ações básicas de saúde. Historicamente, o combate à desnutrição por meio de programas de suplementação alimentar esteve presente tanto no I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN, 1973-1974) quanto no II Pronan (1976-1990), bem como nos programas implementados na década de 1990, como o Programa Leite é Saúde e o Programa de Combate a Carências Nutricionais (PCCN), que se converte posteriormente (1998) em Incentivo (Quadro 1).

Ações na esfera da produção e da comercialização de alimentos

Programas deste tipo têm como objetivo incentivar a produção de pequenos e médios produtores e a comercialização dos alimentos com preços acessíveis para a população. Como exemplos dessas iniciativas podemos citar os *sacolões* itinerantes, os programas de apoio à comercialização de alimentos básicos em áreas de baixa renda e os programas de apoio à agricultura familiar. Nessa área, na década de 1970 ressaltamos o Projeto de Aquisição de Alimentos Básicos em Áreas Rurais de Baixa Renda (Procab), que visava ampliar a renda de agricultores garantindo mercado institucional para os excedentes de sua produção a preços estabelecidos pelo governo.

Desde aquela época já se reconhecia a importância das estratégias voltadas ao fortalecimento da produção local e das redes de abastecimento regional para controlar a ação de atravessadores e reduzir o preço final dos alimentos. Outro programa que se destaca nessa mesma conjuntura é o Programa de Abastecimento de Alimentos Básicos (Proab), operacionalizado pela rede de mercado varejista das periferias urbanas mais pobres das capitais nordestinas.

Educação alimentar

A perspectiva da educação alimentar está presente em praticamente todos os programas desenvolvidos pelos governos ao longo das últimas décadas. No entanto, nessa trajetória surgiram diferentes abordagens e concepções sobre a dinâmica das práticas alimentares e o papel das estratégias educativas. Nas décadas de 1970 e 1980 foi marcante a concepção de que os problemas nutricionais estavam fortemente ligados à falta de informação, sobretudo entre os grupos sociais mais vulneráveis socialmente. Posteriormente, várias pesquisas e estudos sobre os determinantes da desnutrição e das demais doenças carenciais no país revelaram o papel da renda e do acesso a equipamentos públicos no desenvolvimento desses quadros de má nutrição.

As mudanças no enfoque das causas dos problemas nutricionais também impactaram o desenho das ações educativas na área. Diferentes programas, bem como os diversos materiais informativos produzidos pelo Ministério da Saúde, como cartazes, vídeos, manuais e panfletos, mostram com clareza tais deslocamentos e os desdobramentos no processo de construção de atividades pedagógicas na área. Atualmente o referencial da educação popular desenvolvido por Paulo Freire e as abordagens construtivistas preocupadas em compreender as práticas alimentares como processos indissociáveis da experiência cultural e social dos indivíduos e grupos têm se destacado como alternativas importantes para orientar as práticas educativas em nutrição, por considerarem os diversos saberes presentes nos contextos locais e se constituírem dispositivo fértil para a promoção da saúde.

Na verdade, o desenho dos programas e iniciativas públicas no campo da alimentação e nutrição depende das conjunturas social, econômica, política e de saúde vivenciadas nos distintos contextos históricos. Ao mesmo tempo, a configuração específica de cada governo, seu perfil de diálogo com a sociedade e as diferentes coalizões políticas presentes repercutem na conformação das estratégias de ação a serem implementadas. O caráter mais autoritário ou democrático das relações e práticas sociais e políticas, bem como as questões econômicas no plano internacional e nacional, também afetam de forma importante esse processo.

No Quadro 1 é possível observar, de maneira sistematizada, as principais características e singularidades das ações de alimentação e nutrição implementadas em cada conjuntura no contexto brasileiro.

Quadro 1 – A política federal de alimentação e nutrição em diferentes conjunturas

Período	Instituições	Principais objetivos	Características e conjuntura
1940 – 1972	Saps – Serviço de Alimentação da Previdência Social (1940) CNA – Comissão Nacional de Alimentação (1945) INN – Instituto Nacional de Nutrição (1946) MEC – Ministério da Educação e Cultura (1955)	• Elaborar a Política Nacional de Alimentação com base em informações sobre desnutrição e hábitos alimentares. • Fornecer refeições e educação alimentar a trabalhadores. • Fornecer merenda escolar. • Desenvolver inquéritos (estímulo à pesquisa). • Desenvolver tecnologias para a indústria de alimentos.	• Programas verticais e centralizados. • Forte perspectiva desenvolvimentista. • Fome e desnutrição associadas ao subdesenvolvimento. • O único programa que sobrevive a esse período é o Programa Nacional de Alimentação Escolar (criado em 1955 e ainda em vigor).
1972 – 1990	Inan/MS – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde (1972-1997) MTb – Ministério do Trabalho (1976, ainda em vigor). MEC/FAE – Ministério da Educação e Cultura/Fundação de Assistência ao Educando (1955, ainda em vigor). LBA – Legião Brasileira de Assistência (1976-1993). Cobal – Companhia Brasileira de Alimentos, Ministério da Agricultura (1977-1989).	• I Pronan (1973-1974) e II Pronan (1976-1990) – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição. • Suplementação alimentar: gestantes, nutrízes, crianças, trabalhadores e escolares. • Racionalização do processo de produção e comercialização de alimentos básicos. • Educação alimentar: fatores de risco ligados à desnutrição infantil. • Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), 1976. • Sisvan - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (1983, ainda em vigor).	• Programas verticais e centralizados. • Expansão desordenada do aparato burocrático do Estado. • Superposição de ações. • Centralização da política em nível federal. • Diagnósticos de nível nacional: em 1974, Estudo Nacional de Despesas Familiares (Endef); em 1989, Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN).
1990 – 1993	Além das instituições anteriores, a Companhia Nacional de Abastecimento (Conab , 1990, ainda em vigor).	• Formalmente mantêm-se os objetivos já traçados no período anterior. • Introduzida a distribuição de estoques públicos a famílias vitimadas pela seca.	• Esvaziamento técnico e político das instituições de política social. • São mantidos os programas e as atribuições, mas com uma redução drástica de recursos; a operacionalização é extremamente prejudicada.
1993 – 1994	Mantêm-se as instituições. É criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea , 1993-1995), composto por sete ministros de Estado e 21 representantes da sociedade civil.	• Mesmos programas, mas gerenciados sob novos princípios contidos no Plano de Combate à Fome e à Miséria: parceria Estado/sociedade e intragovernamental. • Descentralização, solidariedade, coordenação de ações de diferentes setores governamentais, melhor gerenciamento dos programas existentes para potencializar os resultados a serem obtidos com os recursos disponíveis.	• Diagnóstico do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (Ipea): 32 milhões de indigentes, famintos. • A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)* é assim assumida como componente estratégico de governo federal. • Conjugação de ações voltadas para grupos específicos, vulneráveis, com ações direcionadas a toda a população, particularmente a garantia da qualidade (biológica, sanitária nutricional e tecnológica) dos alimentos e o estímulo a práticas alimentares saudáveis.

* SAN é um conjunto de políticas, princípios e medidas que asseguram permanentemente para todos os indivíduos, independentemente de sua idade, etnia, sexo e ideologia, a oferta e o acesso aos alimentos, com preço adequado, em quantidade e qualidade necessárias para satisfazer as necessidades físicas e manter uma vida saudável e digna (VALENTE, 2002).

Período	Instituições	Principais objetivos	Características e conjuntura
1995 – 2002	É criada a Comunidade Solidária (CS) para gerenciar os programas de combate à fome e à pobreza (1995).	Os programas são mantidos e gerenciados pelo CS sob os princípios anteriores com ênfase na constituição de redes de parceria (pactuação solidária). No ano de 2001 é criado o Programa Bolsa Alimentação, ligado ao Ministério da Saúde, que destina um montante de R\$15,00/mês para crianças de 6 meses até 6 anos e 11 meses, gestantes e nutrizes em risco nutricional que pertençam a famílias com renda <i>per capita</i> de até meio salário mínimo por mês. A área de nutrição do Ministério da Saúde é fortalecida, constituindo uma Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição e atuando principalmente nas seguintes frentes: estímulo às ações intersetoriais, visando ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e da qualidade dos alimentos; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição.	A SAN perde destaque como política universalizante e prioriza-se a estratégia de focalização nos grupos vulneráveis.
2003 – 2007	São criados o Programa Fome Zero e o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Nutricional (Mesa), extinto em 2004 e integrado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Esse ministério também assume a gestão das ações de assistência social.	- Criação do Cartão Alimentação vinculado ao Mesa e, posteriormente, integrado ao MDS junto com os demais programas de transferência de renda (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Vale Gás). - Unificação de todos os programas em um só, chamado Bolsa Família. O programa tem o objetivo de fornecer um crédito de até R\$ 95,00 para as famílias beneficiadas. O recurso destina-se à compra de alimentos e às ações de desenvolvimento infantil. O programa foi implantado inicialmente em municípios do semiárido do nordeste e do norte do estado de Minas Gerais, priorizados devido à severa estiagem que atingiu a região no ano de 2003; posteriormente foi ampliado para todos os estados brasileiros.	- A SAN volta a ter uma maior visibilidade do ponto de vista político. - O Consea é retomado em 2003, composto por 2/3 de representantes da sociedade civil e 1/3 de ministérios envolvidos com a temática da SAN. Multiplicam-se por todo o país os conselhos e fóruns estaduais e municipais de SAN. 2ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada em 2004, formula diretrizes para a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN). - Elaborado o projeto de lei para instituir o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan), em 2005. - A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan) é assinada pelo presidente da República em 2006. 3ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada em 2007, delibera sobre a construção do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e implementação da PNSAN.

Fonte: Adaptado de Burlandy (2004).

Observamos que as três grandes linhas de ação citadas estavam presentes nos objetivos dos diferentes programas implantados nas décadas de 1970 e 1980. Também identificamos que os principais usuários dessas políticas foram crianças, gestantes, escolares e trabalhadores. Além disso, as medidas incluíam intervenções realizadas por diferentes instituições, ministérios e setores do governo: a saúde, a educação, o trabalho e a agricultura. Como vemos, ainda que sejam registradas ações governamentais na área de alimentação e nutrição já na década de 1930, iniciativas em termos de construção de uma *política de âmbito nacional*, abarcando ações de diferentes instituições e ministérios, remontam à década de 1950, quando foi elaborado um Plano Nacional de Alimentação e Nutrição.

Diversos mecanismos institucionais foram criados no sentido de coordenar essa política. Em 1945, foi criada a Comissão Nacional de Alimentação (CNA), vinculada também à área econômica, como órgão do Conselho Federal de Comércio Exterior, regulamentada e transferida para o MS em 1951. Nesse contexto foi elaborado um Plano Nacional de Alimentação e Nutrição, marcado por ações de suplementação alimentar para grupos biologicamente vulneráveis, que caracterizam essa política até os anos 1960. O único programa desenhado nesse período e ainda em curso é o Programa Nacional de Alimentação Escolar, vinculado ao Ministério da Educação.

Em 1972 foi criado o Instituto de Alimentação e Nutrição (Inan), a fim de apoiar a formulação de uma política nacional de alimentação e nutrição e avaliar os resultados alcançados. Devido a problemas gerenciais e financeiros o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan), lançado em 1973 pelo Inan, não chegou a ser implementado. Mas, em 1976, o II Pronan trouxe uma concepção mais articulada das múltiplas faces do problema alimentar no país, incorporando ações de suplementação alimentar a grupos específicos da população, apoio ao pequeno produtor rural, estratégias para melhorar a alimentação do trabalhador e o diagnóstico nutricional, além de investimentos em pesquisa e capacitação. As áreas de atuação propostas expressam antes de tudo um reconhecimento de que esta política exige uma intervenção intersetorial. No entanto, a falta de transparência nos processos de gestão, a sobrefocalização das clientelas e o mau uso dos recursos contribuíram para a baixa efetividade das ações governamentais, manutenção do quadro de desnutrição e recrudescimento das intensas desigualdades regionais.

Na verdade, o Inan, como autarquia federal ligada ao Ministério da Saúde (MS), não recebeu o peso institucional necessário à sua atribuição, em parte pela fragilidade da política da saúde nas décadas de 1970 e 1980. O Inan foi extinto em 1997 e, desde então, a Área Técnica de Alimentação

e Nutrição (Atan) vem se consolidando como um espaço estratégico para a coordenação e formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), como será desenvolvido posteriormente neste texto.

Na década de 1980, particularmente no período de transição democrática (1985-1990), há uma significativa expansão da cobertura dos programas sociais, inclusive de nutrição. No entanto, o caráter desordenado do processo acentua a superposição de clientela, principalmente nos programas voltados para a população infantil. De igual modo, a disputa interministerial por recursos permaneceu acirrada diante da expansão do orçamento para a área social, dificultando ainda mais a articulação intersetorial (SILVA, 1995).

Para refletir

Com base na identificação das ações, programas e políticas em curso na sua região, como você caracteriza tais iniciativas?

Após analisar a trajetória dos programas e ações de alimentação e nutrição implementados até a década de 1990, o que se pode dizer sobre os resultados alcançados?

Em síntese

Até aqui, podemos destacar quanto à política de alimentação e nutrição (Pnan):

- inclui ações tanto do governo quanto da sociedade, e suas ações são desenvolvidas por diferentes setores, grupos e associações civis (saúde, educação etc.);
- historicamente, as ações têm se desenvolvido nas linhas de suplementação alimentar, apoio ao processo de comercialização/ produção de alimentos e educação nutricional;
- os principais grupos atendidos têm sido as crianças e gestantes (por meio da rede de saúde), escolares e trabalhadores;
- envolve a articulação das ações e o alcance dos grupos sociais mais vulneráveis;
- diversos interesses atravessam o processo de construção dessa política e muitos conflitos emergem durante o desenvolvimento de estratégias voltadas à garantia do direito à alimentação adequada e saudável. Políticas de alimentação e nutrição mais efetivas implicam negociação, cooperação e articulação intersetorial.



Para saber mais

Consulte os seguintes textos:

- “Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula”, de Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos (2005). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v18n4/25843.pdf>.
- *Fome: uma (re)leitura de Josué de Castro*, de Rosana Magalhães (1997).
- “Políticas públicas de alimentação e nutrição”, de Maria Mendonça Leão e Inês Rugani Ribeiro de Castro (2007).
- “Políticas nacionais e o campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva: cenário atual”, de Elisabetta Recine e Ana Beatriz Vasconcellos (2011), disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a11.pdf>

A década de 1990 e os novos desafios para as políticas de alimentação e nutrição

Ao longo da década de 1990 a questão do acesso aos programas de nutrição foi amplamente debatida no plano internacional e a perspectiva da **equidade nutricional** destacou-se como um aspecto fundamental a ser perseguido. O termo diz respeito a fatores como: acesso e disponibilidade de alimentos; adequação da alimentação no sentido de atender necessidades nutricionais; e financiamento alimentar. Diferentes estudos em distintos países do mundo indicaram que, mesmo quando focalizados, os programas de alimentação e nutrição acabavam não atingindo os segmentos mais pobres (BURLANDY, 2007a).

Problemas relacionados com a implementação das tradicionais políticas compensatórias de assistência social, baseadas na distribuição de alimentos e bens de consumo, foram identificados em diferentes países, tais como: incapacidade histórica em efetivamente melhorar as condições de vida das populações mais economicamente vulneráveis, a frágil relação custo-benefício e a tradicional utilização clientelista dos programas (BURLANDY, 2007).

No que se refere ao desempenho dos programas de nutrição, em especial a avaliação de programas de **suplementação alimentar** no Brasil **implementados até a década de 1990** indica como principais pontos críticos: focalização inadequada; cobertura real bem menor do que a anunciada oficialmente e pequena perante as demandas; a não garantia do recebimento dos alimentos, mesmo para os inscritos; acentuada disputa interinstitucional; descontinuidade; centralização federal; baixo grau de controle social e institucional; falta de avaliação e uso político dos programas. Em relação às despesas, destacam-se: desempenho instável e incompatível com o volume da clientela atendida e com as metas de atendimento; atraso no repasse e na redução de recursos, deturpações nos mecanismos de compra (PELIANO, 1990).

Estudos sobre dois programas clássicos no campo da alimentação e nutrição – o Programa de Alimentação do Trabalhador e o Programa Nacional de Alimentação do Escolar –, ainda baseados em dados referentes ao contexto da década de 1990, indicam que a cobertura dos benefícios é diretamente proporcional à renda, ou seja, a população situada nos segmentos de renda mais alta tem mais acesso aos programas (BURLANDY; ANJOS, 2001).

A dificuldade em atingir os segmentos mais vulneráveis economicamente relaciona-se em parte com a própria distribuição espacial dos serviços, nas diferentes regiões do país e nos estratos urbano e rural, marcada pelo descompasso entre oferta e demanda. O acesso é menor nas localidades onde a disponibilidade de serviços é menor e as vulnerabilidades sociais são maiores (áreas rurais e nas regiões Norte e Nordeste do país) (BURLANDY; ANJOS, 2001).

Fundamentando-se em dois inquéritos nacionais – a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (1989) e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (1996) –, uma análise do perfil dos beneficiários de programas de suplementação alimentar no Nordeste indicou que apenas 34,2% das crianças entre 6 a 23 meses, em risco nutricional, estavam inscritas em algum programa. Em contrapartida, 32,5% de crianças nessa mesma faixa etária, que não apresentavam situação de risco, estavam incluídas nesses programas. Mais ainda, no meio rural apenas ¼ das crianças em risco vinham sendo acompanhadas e estavam inscritas nos programas, indicando sérios problemas na focalização das ações para os segmentos previamente definidos (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

Os programas diferenciavam-se entre si quanto ao grau de focalização nos estratos e regiões mais pobres, e aqueles que pressupõem disponibilidade maior de equipamentos (redes de saúde e educação) tendem a ser mais seletivos (LOPES, 1995). A distribuição de alimentos por meio da rede de saúde é indicada como a mais adequada em termos de focalização, quanto à pobreza e vulnerabilidade biológica (PELIANO, 1990). Isto se deve, entre outros, ao fato de os programas serem, em geral, destinados a famílias com crianças e gestantes.

É nesse contexto que, após um período de forte esvaziamento técnico e político das instituições de política social (1990-1993), renovam-se as estratégias destinadas aos grupos vulneráveis. A década de 1990 é marcada no contexto internacional por uma tendência de fomento de diferentes agências internacionais, como o Banco Mundial, a políticas sociais focalizadas nos mais pobres. O movimento fortaleceu-se com base no argumento de que os segmentos mais pobres de fato eram os que menos conseguiam acessar as políticas sociais. No entanto, não há como desconsiderar a dinâmica política internacional que foi marcante nesse contexto, onde fortes questionamentos quanto ao papel do Estado e sua capacidade de gestão contribuíram para o desenho de propostas de redução do escopo de ação estatal. Essas propostas, desenhadas pelas agências internacionais, foram acolhidas por diferentes países latino-americanos, e visavam restringir a ação do Estado a um escopo mínimo de questões, quais sejam: a defesa da lei e da ordem,

direitos de propriedade, gestão macroeconômica e saúde pública; proteção aos pobres, assistência em caso de catástrofe. Na área da saúde, as ações fundamentalmente estatais eram associadas ao campo da Saúde Pública, enquanto as curativas deveriam ser delegadas ao setor privado (BANCO MUNDIAL, 1997; LACABANA; MAINGNON, 1997).

Ainda que tal conjuntura internacional possa ter favorecido a construção de estratégias de combate à fome e a pobreza no Brasil, são questionáveis as estratégias focalizadas quando elas implicam uma redução do escopo de ação do Estado e não fazem parte de políticas universais.

Ao longo desse período, alguns avanços, bem como a persistência de desafios importantes no quadro social do país, podem ser identificados. No que se refere ao perfil alimentar e nutricional, mudanças importantes devem ser destacadas. Ao final do ano de 2009 o Brasil já tinha alcançado a primeira meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, qual seja a redução da pobreza e da desnutrição pela metade. Embora ainda seja um problema em grupos populacionais específicos, como indígenas e quilombolas em algumas regiões do país, a prevalência de desnutrição infantil na região mais pobre (Nordeste) caiu em 1/3 entre 1986 e 1996 (de 33,9% para 22,2%) e quase em 3/4 entre 1996 e 2006 (de 22,2% para 5,9%). No primeiro período esse declínio vem sendo associado com melhorias na escolaridade materna, na cobertura de serviços básicos de saúde e no acesso a água e saneamento. No período subsequente, a ampliação do poder de compra das famílias mais pobres, bem como a escolaridade materna, têm sido mais relevantes. A taxa de mortalidade infantil caiu de 55/1.000 em 1996 para 24/1.000 em 2007 (LIMA et al., 2010; CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 2009).

Ainda que a prevalência de déficits de estatura para idade tenha declinado, sobrepeso e obesidade tornaram-se problemas alarmantes, especialmente nas áreas urbanas. As últimas estimativas (2009) indicam que 49,9% dos adultos brasileiros apresentam sobrepeso e 14,8% são clinicamente obesos. A prevalência de sobrepeso em crianças de 5 a 9 anos foi de 34,8%, e 16,6% de obesidade. Para os adolescentes (10 a 19 anos) as respectivas prevalências foram de 20,5% e 4,9%. O crescimento da obesidade foi especialmente rápido: 30,3% das crianças no nordeste do país apresentavam sobrepeso em 2009, em comparação a 8,7%, em 1989 (IBGE, 2010).

Para refletir

Você acha que no seu município existem dificuldades e limites para o maior alcance dos programas sociais? Quais são os grupos que têm mais dificuldade para acessar os programas sociais? O que pode ser feito para garantir esse acesso?

Apesar da redução na prevalência da pobreza e dos avanços no enfrentamento de alguns problemas nutricionais, persistem desigualdades sociais extremamente relevantes. Podemos dizer que a desigualdade é um traço marcante da sociedade brasileira, não apenas no que se refere ao acesso à renda, ao emprego e à terra, como também aos demais bens e serviços públicos. As desigualdades sociais também se refletem no perfil epidemiológico e nutricional da população, marcado por problemas diversos como a fome, a desnutrição, a anemia, a hipovitaminose A e a obesidade. Esse quadro complexo impõe a articulação de programas focalizados e intervenções de caráter universal. Acima de tudo impõe que a própria sociedade brasileira repense seus valores e sua estrutura de produção e distribuição dos diferentes tipos de riquezas e recursos, inclusive políticos, de informação, educacionais, entre outros, que vêm condicionando o quadro marcado pela desigualdade.

A discussão sobre perfil epidemiológico e nutricional da população poderá ser consultada no Capítulo 3, “Determinantes de saúde e nutrição da população brasileira”, que se encontra neste livro.

No campo das políticas públicas de alimentação e nutrição, vários esforços têm sido empreendidos, com a perspectiva de associar ações focalizadas e universalizantes. Se até meados da década de 1990 as ações de nutrição do MS eram mais focadas no combate à desnutrição e à fome, progressivamente as ações de promoção da alimentação saudável e adequada ganharam mais destaque e relevância.

Os principais programas nutricionais do MS voltados para a população materno-infantil na década de 1990 foram o Programa de Combate à Desnutrição Materno Infantil (PCDMI – 1993-1997), depois denominado Programa de Combate a Carências Nutricionais (PCCN), e o Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN-1998). O objetivo era atender crianças desnutridas (6 meses a 2 anos), seus irmãos até 5 anos e gestantes em risco nutricional, por meio da distribuição de leite e óleo de soja, cobrindo mais de 100% das necessidades proteicas e 60% das necessidades de energia. O MS repassava os recursos para que os municípios procedessem à compra dos itens e os distribuíssem por meio da rede de saúde. Municípios com programas de Atenção Básica implantados passaram a receber um incentivo financeiro que, no caso do PCCN, denominava-se Incentivo de Combate às Carências Nutricionais (ICCN) (Portaria Gabinete do Ministro/MS n. 2.409/98 e 709/99).

O ICCN consistia na transferência de recursos financeiros para os municípios a fim de garantir a compra e a distribuição de leite e óleo de soja para crianças entre 6 e 23 meses em risco nutricional. Além desse recurso, o município recebia um adicional que correspondia ao máximo de 50% do recurso anterior, destinado a outras ações de alimentação e nutrição, consideradas de relevância epidemiológica para o contexto local.

Para a efetivação do repasse federal dos recursos o MS estabeleceu como pré-requisito a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) nos municípios. É importante destacar esta questão, pois podemos considerar que esse foi o embrião das chamadas “Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição” nos municípios, dada a exigência de um responsável técnico pelo Sisvan local. Além disso, outros critérios também foram introduzidos como parte da estratégia de indução do processo de implementação do SUS: a existência de Conselho e Fundo Municipal de Saúde e a contrapartida municipal de garantia de 10% do custo do programa e do atendimento com a suplementação de 40% das recomendações calóricas e 100% das necessidades proteicas.

O PCDMI instituiu um critério biológico de inclusão (risco nutricional), diferentemente dos programas anteriores de distribuição de alimentos, cujo principal parâmetro para a seleção dos usuários era a renda. A priorização dos segmentos biologicamente vulneráveis representou um avanço no sentido de concentrar as intervenções nos grupos com maior chance de resposta à intervenção (CASTRO, 1996). No entanto, cabe considerar que esse tipo de critério incidia apenas sobre um quadro já instalado de desnutrição e excluía crianças em situação de risco limítrofe (que podem evoluir para um quadro mais severo) ou que residem na mesma localidade e, por vezes, estão sujeitas a privações semelhantes.

Perante tais limites, a partir de 2001 o MS substituiu o ICCN pelo Programa Bolsa Alimentação (PBA), caracterizado pela transferência condicionada de renda às famílias com crianças de 6 meses até 6 anos e 11 meses, gestantes e nutrizes em risco nutricional que pertençam a famílias com renda per capita de até meio salário mínimo por mês. A permanência das famílias no programa era condicionada ao cumprimento de uma agenda de compromissos: atendimento pré-natal, ações educativas, acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, amamentação e vacinação (BRASIL, 2002).

O PBA caracterizou uma inflexão nos programas de combate à fome e à desnutrição até então implementados no setor Saúde, que tradicionalmente elegeram a distribuição de alimentos como intervenção

preferencial, articulada às ações de saúde. Uma avaliação de impacto do programa indicou que as famílias atendidas tendiam a utilizar um percentual maior de seus recursos com a alimentação. Foi identificado um aumento na quantidade de alimentos consumidos e uma melhoria na diversidade da dieta das famílias, principalmente nas de rendas mais baixas (BRASIL, 2005).

Pode-se perceber então que os programas de combate à fome tenderam a modificar seu perfil de ação. Ao longo das décadas de 1970-1990 foram marcantes as estratégias de distribuição de alimentos no âmbito das ações de combate à desnutrição e à fome, que progressivamente deram lugar aos programas de transferência condicionada de renda. Cabe pensar em quais situações ou contextos os programas de distribuição de alimentos podem ser adequados ou não e em que medida os programas de transferência de renda trazem avanços nas formas de enfrentar as questões nutricionais decorrentes de problemas quanto ao acesso aos alimentos.

Para refletir

Em quais situações os programas de transferência de renda são mais adequados do que os programas de distribuição de alimentos para enfrentar o problema da desnutrição?

Vários estudos associam avanços no estado nutricional ao aumento do poder de compra da população. Na sua opinião, os programas de transferência de renda são mais efetivos do que os das ações de distribuição de alimentos? De que forma eles podem afetar o perfil de consumo alimentar e trazer consequências para o estado nutricional das populações atendidas?

Quais os critérios que você julga pertinentes na definição da população-alvo das políticas de alimentação e nutrição? Especificamente no que se refere ao acesso à alimentação e à redução da desnutrição, quais são os mecanismos prioritários para o mapeamento dos grupos mais vulneráveis? Por quê?

Elementos para o debate

Ao final do item anterior destacamos algumas perguntas para orientar a reflexão sobre as estratégias de combate à fome. Em tal perspectiva, buscamos aqui discutir dois tipos de intervenção ainda presentes nessa área, no país: a distribuição de alimentos e a transferência de renda.

Os programas de distribuição de alimentos são comuns em vários países. No entanto, frequentemente são criticados pela baixa eficácia e alto custo (BURLANDY, 2007).

Em linhas gerais, podemos dizer que apresentam as seguintes desvantagens:

- agregam muito pouco ao bem-estar geral dos grupos atendidos;
- grande parte dos recursos é mobilizada para o gasto com logística, limitando o percentual que é revertido diretamente para o beneficiário;
- existem perdas na armazenagem, além de desvios fraudulentos e deterioração dos alimentos;
- contribuem para manter o baixo incentivo à produção local e a competitividade com o comércio local;
- trazem restrições à liberdade no uso dos recursos e escolha do alimento para consumo.

Esses programas, no entanto, apresentam algumas vantagens:

- escoam produtos provenientes de estoques públicos e privados de alimentos;
- incentivam a produção quando se operacionalizam por meio da compra de alimentos diretamente dos produtores locais;
- a transferência em produtos permite, também, um reforço imediato na disponibilidade de alimentos para consumo da família e um fornecimento direcionado para superar problemas nutricionais determinados por carência de nutrientes específicos (alimentos consumidos prioritariamente por determinados grupos etários).

Quando comparados à distribuição de alimentos, os programas de transferência de renda possibilitam uma maior autonomia decisória dos usuários no uso dos recursos, além da redução dos custos operacionais de implementação. Por outro lado, o poder de compra referente ao quantitativo repassado pode variar tanto no tempo (períodos de desvalorização da moeda) quanto entre regiões e localidades urbano/rural (custo de vida). Os segmentos mais pobres tendem a pagar mais caro pelos alimentos, pois residem em áreas onde o comércio local é escasso e assim comprometem a maior parte do orçamento doméstico com alimentação (BURLANDY, 2007).

A avaliação de impacto do Programa Bolsa Alimentação (PBA) indicou reforço na quantidade e diversidade alimentar das famílias atendidas. O resultado foi também encontrado em uma pesquisa sobre o Programa

Bolsa Família. Este programa unificou os vários programas federais de transferência condicionada de renda que vinham sendo implementados até 2003, incluindo o PBA, e associou à transferência da renda o acesso aos direitos sociais básicos – saúde, alimentação, educação e assistência social. O PBF reforçou o risco social como critério de inclusão e exclusão de usuários (e não mais o risco nutricional, como tradicionalmente era o critério utilizado nos programas de combate à desnutrição do setor Saúde). Avaliações sobre as repercussões do programa na alimentação seguiram as conclusões também encontradas nos estudos sobre o PBA, como já ressaltado.

Uma questão que se coloca é que as famílias usuárias tendem a reforçar perfis de consumo já amplamente disseminados na sociedade brasileira, e que são marcados pela presença importante de alimentos industrializados, açúcares, gorduras, sal e uma presença menos significativa de frutas, verduras e legumes (INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS, 2008).

Essa tendência é particularmente preocupante em populações mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico. Estudos indicam que indivíduos submetidos a condições de déficit nutricional na vida intrauterina ou na infância (condição mais prevalente em classes de mais baixa renda) têm maior risco de desenvolverem doenças crônicas não transmissíveis (hiperlipidemias, diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares etc.), incluindo a obesidade. O aumento do consumo de determinados alimentos, especialmente os industrializados, pode significar nesse caso mais risco em termos de saúde, especialmente para esses segmentos (BACKER, 1993).

Para refletir

Como você pensa que pode ser enfrentada uma situação como essa?

O direito de acesso à renda é um direito essencial para a vida em sociedades nas quais a principal forma de acesso aos bens e serviços se dá por meio da renda. Portanto, não cabe questionar um direito desse tipo, mesmo quando estamos diante de efeitos não desejáveis do ponto de vista da saúde.

Por outro lado, as famílias podem estar potencializando o uso da própria renda disponível, ainda que isto possa afetar em médio e longo

prazo alguns aspectos de sua saúde. Estudos indicam, por exemplo, que a relação custo–saciedade–sabor dos alimentos industrializados é maior do que a dos alimentos frescos (DREWNOWSKI; DARMON, 2005).

Os alimentos industrializados apresentam um custo/caloria maior do que os alimentos frescos, ou seja, a alimentação com base em alimentos processados industrialmente tende a ser mais barata, já que com a mesma renda é possível obter uma quantidade muito maior de calorias. Esse seria um elemento importante na escolha desses produtos, especialmente por parte de segmentos de baixa renda, considerando também a saciedade que proporcionam (pela alta **concentração** calórica). Além disso, por serem concentrados em açúcares e gorduras, seu sabor é de ampla aceitabilidade. No entanto, até mesmo pelo conjunto de características, o perfil de consumo alimentar fortemente pautado nesse tipo de produto vem sendo associado a crescente prevalência de doenças crônicas, sobrepeso e obesidade.

Nesse cenário, qual seria a melhor opção política? Consideramos que as ações mais adequadas e estratégicas são aquelas que contribuem para fortalecer as políticas universais de promoção de alimentação saudável, que podem afetar os condicionantes mais estruturais de tal perfil alimentar:

- o acesso aos alimentos frescos por meio de políticas de preço e apoio a agricultura familiar e aos modelos produtivos de base agroecológica;
- o acesso a refeições saudáveis a baixo custo;
- a regulamentação das propagandas de alimentos industrializados, dentre outros, como veremos;
- a regulamentação das ações dos setores produtivos e comerciais, especialmente da indústria de alimentos.

Essas medidas tendem a impactar de maneira mais estrutural e permanente o perfil de consumo alimentar. Também afetam significativamente a prática de atores estratégicos como a indústria e de políticas essenciais que afetam o preço dos alimentos, como as políticas agrárias e agrícolas. Dessa forma, não colocam sobre os indivíduos e sobre as famílias a demanda por assumirem decisões particulares complexas em contextos adversos.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição: escopo e desafios

Como vimos, as mudanças no perfil epidemiológico e nutricional da população brasileira trouxeram novos desafios para o campo das políticas públicas e também afetaram a formulação e o desenho das intervenções após a década de 1990. Nesse período, um marco importante foi a construção da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), que ampliou de forma significativa o escopo de ações e programas de nutrição do Ministério da Saúde (MS). A Pnan, elaborada pelo governo federal por meio do MS e aprovada em junho de 1999, preconiza um conjunto de objetivos, metas, diretrizes e funções de cada nível de governo na área de nutrição. A Pnan agregou um conjunto de ações governamentais destinadas à garantia do direito à alimentação e nutrição saudável integradas à Política Nacional de Saúde (BRASIL, 1999b).

O objetivo central da Pnan 1999 foi contribuir para a garantia da qualidade dos alimentos disponibilizados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como para o estímulo às ações intersetoriais voltadas ao acesso universal aos alimentos.

As diretrizes gerais dessa política eram: estímulo às ações intersetoriais, com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços nesse contexto; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Em 2010, com a participação de instâncias de controle social, profissionais e técnicos dos três níveis de governo, foi realizado um seminário para avaliar os dez anos de implementação da Pnan. Como resultado do amplo debate e revisão, foram estabelecidas as seguintes diretrizes para a Pnan:

- Organização da atenção nutricional
- Promoção da alimentação adequada e saudável
- Vigilância alimentar e nutricional
- Gestão das ações de alimentação e nutrição
- Participação e controle social

- Qualificação da força de trabalho
- Controle e regulação dos alimentos
- Pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição
- Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional



Para saber mais

Sobre as diretrizes sugerimos a leitura da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (2012), disponível em <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>.

Cada diretriz envolve a mobilização de diferentes recursos e capacidades técnicas, conforme discutimos a seguir:

Diretriz 1 – Organização da atenção nutricional

Reconhecendo a complexidade dos problemas de saúde e nutrição, o debate sobre a reformulação da Pnan buscou favorecer a articulação intersetorial e o envolvimento de múltiplos atores, abordagens e espaços sociais. Assim, devido à natureza complexa das iniciativas há hoje um consenso de que nenhuma organização isolada pode agregar recursos, conhecimento, redes de apoio e confiança necessários para a solução dos problemas e desafios encontrados. Gestores, profissionais, técnicos e organizações comunitárias em cada região ou município são agentes que fazem parte de um campo ampliado de ação. A mobilização de diferentes saberes e o fortalecimento de parcerias e circuitos, sobretudo em contextos de profunda desigualdade social, são fundamentais, na medida em que é preciso lidar com problemas que envolvem diferentes esferas de governo, instituições, agências públicas e atores. A organização da atenção nutricional implica, portanto, a construção de redes de cuidado, monitoramento e avaliação, com forte diálogo com movimentos sociais e associações civis.

Assim, a diretriz intitulada “Organização da atenção nutricional” inclui um conjunto de ações voltadas para a promoção da alimentação adequada e saudável, diagnóstico e monitoramento alimentar e nutricional e prevenção e recuperação da saúde. São privilegiadas as seguintes ações voltadas ao combate à desnutrição, doenças infecciosas, obesidade e doenças não transmissíveis, hipovitaminoses, carência de iodo e anemia:

- Desnutrição/doenças infecciosas: prevenção e manejo adequado das doenças infecciosas e da desnutrição; educação alimentar; vigilância do crescimento e do desenvolvimento; atenção especial às crianças nascidas com baixo peso; assistência alimentar às crianças em risco de desnutrição; controle de doenças coexistentes.
- Obesidade e doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde e controle dos distúrbios e problemas 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.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral das Políticas de Alimentação e Nutrição (CGPAN), atual Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), definiu diretrizes para o uso de ferro medicamentoso, instituindo o Programa Nacional de Suplementação de Ferro em 2005 (BRASIL, 2005).

As recomendações do Ministério da Saúde:

- Distúrbios produzidos pela deficiência primária de iodo: iodação do sal de consumo doméstico e de consumo animal.
- 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. A aplicação de megadoses de vitamina A em áreas de risco foi regulamentada pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.



Para saber mais

Leia as orientações do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e as diretrizes para o uso de ferro medicamentoso (BRASIL, 2011b), no site do Ministério da Saúde (opção *ferro*), nos endereços: <http://nutricao.saude.gov.br/vita.php> e <http://nutricao.saude.gov.br/ferro.php>

A atenção nutricional como parte do cuidado integral à saúde por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS) implica a articulação das ações desenvolvidas na Atenção Básica (coordenadora do cuidado e ordenadora da rede) com as ações desenvolvidas nos hospitais e nas demais instâncias de serviços. Dessa forma, significa articular as ações de produção, oferta de alimentação adequada e saudável com as ações de acompanhamento clínico e nutricional e demais ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Para refletir

Você considera a alimentação oferecida nos hospitais de seu município adequada e saudável? Por quê?

Quais os principais desafios para garantir o acesso a uma alimentação adequada e saudável nos hospitais?

Quais os principais desafios para integrar as diversas ações de nutrição que são necessárias para tal?

No seu município ou região existe alguma iniciativa para mapear as doenças/carências na região em que você atua? Em que situação está esse mapeamento?

No processo de revisão da Pnan foram assinalados os desafios ligados à forte presença de interesses comerciais e mercadológicos nas ações de controle de doenças crônicas, obesidade e desnutrição. A presença cada vez mais intensa das empresas multinacionais interessadas em comercializar alimentos pré-preparados para o tratamento, por exemplo, da desnutrição crônica, configura um risco potencial para a perspectiva da promoção da alimentação saudável.

Para refletir

No seu município ou região, como você avalia a influência das indústrias de alimentos? Perante a realidade de seu município, quais os pontos positivos e negativos da introdução de alimentos pré-preparados no controle de doenças crônicas como a obesidade?

Diretriz 2 – Promoção da alimentação adequada e saudável

A promoção da alimentação adequada e saudável passou a se constituir em estratégia-chave das ações do MS diante do aumento expressivo da prevalência de doenças relacionadas com o perfil alimentar, tais como obesidade, hipertensão, diabetes, dentre outras. Esta diretriz já estava presente na primeira edição da Pnan em 1999 e os compromissos do governo foram reiterados a partir da adesão do Brasil ao pacto da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), aprovada em maio de 2004.

A Estratégia Global prevê que os estados nacionais desenvolvam várias ações para o alcance desse objetivo, entre elas:

- promoção do aleitamento materno; ações educativas e garantia do acesso à informação sobre a qualidade dos alimentos (especial atenção aos beneficiários de programas de transferência de renda);
- incentivo e apoio à produção e à comercialização de alimentos regionais saudáveis (legumes, verduras e frutas);
- combate ao consumo de alimentos industrializados energeticamente densos (ricos em sal, gorduras hidrogenadas e açúcares) e pobres em micronutrientes (salgadinhos, refrigerantes, balas);
- vigilância alimentar e nutricional;
- concessão de subvenções ou fixação direta de preços que estimulem o consumo de alimentação saudável;

- instituição de escolas promotoras de saúde, ou seja, que desenvolvam ações para disponibilizar uma alimentação saudável nos refeitórios e cantinas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Como país signatário, o Brasil elegeu algumas prioridades nacionais, tais como: a implementação de ações de promoção da alimentação saudável nas escolas; o estímulo ao consumo de frutas, verduras e legumes e as ações regulatórias de propagandas de alimentos destinadas ao público infantil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; BRASIL, 1999).

Segundo a OMS, o compromisso demanda a construção de pactos políticos e coloca obrigações específicas para diferentes setores: **os governos** devem garantir ações de promoção de modos de vida saudáveis; **para a indústria** cabe fornecer produtos saudáveis, e **as organizações sociais** devem mobilizar os governos para inclusão efetiva do tema na agenda pública, além de fomentarem campanhas públicas e colaborarem com medidas que favoreçam o acesso a uma alimentação saudável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Certamente não são tarefas simples, uma vez que múltiplos fatores contribuem para o atual perfil alimentar da população brasileira e são muitos os interesses dos diferentes atores envolvidos nesse processo e que lucram com o consumo de determinados produtos.

O consumo crescente de produtos industrializados, com alto teor de gorduras, açúcares e sal, e refeições rápidas, é um traço marcante desse perfil alimentar, associado a um consumo ainda insuficiente de frutas, verduras e legumes. Essas “escolhas” alimentares são condicionadas por vários fatores de ordem biológica, social, cultural, econômica, que envolvem custo, hábito, sabor e poder de saciedade dos alimentos, estratégias de marketing, dentre outros, que por sua vez repercutem de forma distinta nos diferentes grupos sociais.

A relação custo-saciedade-sabor dos alimentos industrializados vem sendo apontada como questão estratégica para o crescente consumo desses produtos. Seu preço reduzido em função da saciedade que provocam e do sabor amplamente aceito, considerando sua densidade calórica e composição gordurosa, salgada ou adocicada, alia praticidade, custo e atrativos em termos de paladar, dados os parâmetros socialmente construídos em torno do sabor e do gosto (DREWNOWSKI; DARMON, 2005). Medidas que afetem a disseminação indiscriminada desses produtos, incluindo a regulação pública das propagandas e de outras estratégias de marketing, bem como os fatores que favorecem o seu consumo, são essenciais.



Para saber mais

Leia a *Estratégia Global para a promoção da alimentação saudável e atividade física* da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004), a fim de identificar as interfaces com a Pnan. O texto está disponível em http://nutricao.saude.gov.br/pas.php?conteudo=estrategia_global

Ainda assim, os alimentos regionais e os pratos típicos nacionais, como a tradicional mistura do feijão com arroz e outras preparações locais, ainda estão presentes na alimentação do brasileiro nas diversas regiões do país. Portanto, estratégias positivas de resgate e valorização de preparações típicas da culinária nacional, ou das diversas “culinárias” que convivem em um país tão múltiplo como o Brasil, são essenciais. Essas medidas precisam ser combinadas com intervenções que afetem os custos dos alimentos frescos, especialmente frutas e hortaliças, e o acesso a refeições saudáveis nas escolas, locais de trabalho e espaços de comercialização dos alimentos.



Tal perfil de práticas alimentares que é construído na própria sociedade é condicionado por valores, representações, significados e classificações que conformam um conjunto de princípios de seleção, preparação, combinação e consumo dos alimentos (FISCHLER, 1993). Assim, o consumo associa-se à possibilidade dos diferentes segmentos populacionais compartilharem dessas práticas que são disseminadas na sociedade.

Portanto, as ações de promoção de práticas saudáveis são universais e envolvem um amplo debate público sobre valores em torno da saúde, das desigualdades de acesso à renda, aos bens e serviços públicos, à alimentação saudável e adequada, ao cotidiano de vida e trabalho, além das formas diversificadas de preparo e consumo, saborosas e prazerosas.

Neste item trataremos das ações mais específicas do setor Saúde e, mais adiante, quando discutirmos intersetorialidade, indicaremos um conjunto bem amplo de ações que atravessam distintos setores das políticas públicas e que são estratégicas para o alcance desta diretriz da Pnan.

Para refletir

Você poderia listar as medidas que considera imprescindíveis para o alcance dessa diretriz em seu município?

Quais os principais obstáculos e barreiras para a concretização dessa diretriz no seu município? E quais as oportunidades a serem exploradas na sua região?

Algumas ações desenvolvidas pelo MS visam fortalecer a autonomia nas escolhas alimentares por intermédio do **estímulo** à adoção de práticas saudáveis (via disseminação de informações, por exemplo) e também do **apoio** à adoção dessas práticas, por meio da garantia de ambientes e condições favoráveis para tal. Outras visam à **proteção** da população contra a exposição a fatores de risco em saúde (como as medidas regulatórias).

Em resumo, esta diretriz inclui, dentre outras proposições:

- incentivo ao aleitamento materno;
- promoção da alimentação complementar saudável;
- divulgação de conhecimentos sobre alimentos;
- prevenção dos problemas nutricionais e doenças crônicas não transmissíveis;
- apoio e adoção de práticas alimentares saudáveis;
- resgate de hábitos e práticas alimentares regionais;
- consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo.

As estratégias educativas abarcam: campanhas de comunicação social sistemáticas; materiais informativos destinados a apoiar a capacitação de profissionais da rede básica de saúde em orientação alimentar; medidas disciplinares para publicidade de produtos alimentícios infantis; apoio a programas institucionais já existentes, como o Hospital Amigo da Criança e os bancos de leite humano; dentre outras.

Vamos nos debruçar mais especificamente sobre algumas ações estratégicas.

Temos a Promoção da Alimentação Saudável nos serviços de saúde – medidas de estímulo e apoio, instituída pela Portaria n. 3.181, de 12 de dezembro de 2007, que define os parâmetros do repasse de recursos financeiros para que estados e municípios com mais de 200 mil habitantes desenvolvam ações de promoção à alimentação saudável, com ênfase no resgate de hábitos e práticas alimentares regionais, especialmente

Saiba mais sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), consultando o Capítulo 2, “O Sistema Único de Saúde”, no livro *Alimentação e Nutrição: contexto político, determinantes e informação em saúde*, e o Capítulo 3, “Ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica”, no livro *Alimentação e Nutrição: fundamentos para a prática em saúde coletiva*.

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

As ações referenciadas ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), preconizadas pela Portaria GM 154/08, também podem ser situadas no âmbito da promoção da alimentação adequada e saudável.

Outras ações de estímulo à adoção de práticas saudáveis se destacam no escopo de atuação do MS, tais como aquelas destinadas a disseminar informações sobre práticas saudáveis em materiais, campanhas e ações de comunicação e produção material de divulgação para TV, vídeo, rádio e cartilhas destinadas a crianças, com vistas à promoção da alimentação saudável.

Em 2006 o Ministério da Saúde publicou o *Guia alimentar para a população brasileira*, e derivativos desse guia, como o *Guia alimentar de bolso*, e o *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos*, considerando aspectos referentes ao respeito e resgate da cultura alimentar e a sustentabilidade ambiental. Além dos guias, o MS também produziu a série temática “Os 10 passos para uma alimentação saudável”, voltada para diferentes fases do ciclo de vida.

As ações de promoção ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade são estratégicas no âmbito da promoção da alimentação adequada e saudável e da garantia desse direito, uma vez que o leite materno é o alimento mais adequado nessa fase inicial da vida humana. Trata-se de um campo onde os conflitos de interesse são vários, considerando as iniciativas da indústria de alimentos para promover a substituição do leite materno por seus produtos.

Ainda neste âmbito a promoção da alimentação complementar saudável vem sendo também objeto de preocupação do Ministério da Saúde. Para tal a CGAN elaborou e vem implementando, desde 2002, em parceria com a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN Brasil) e Organização Pan-americana da Saúde (Opas)/Organização Mundial da Saúde (OMS), a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (Enpacs), como instrumento para fortalecer as ações de apoio e promoção à alimentação das crianças entre 6 e 24 meses no âmbito da Atenção Básica à Saúde do SUS, e incentivar a orientação alimentar para essa faixa etária, como atividade de rotina nos serviços de saúde.

O *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos: dez passos para uma alimentação saudável* é parte dessa estratégia, além de outros materiais, como o Caderno de Atenção Básica n. 23, *Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar*, livretos sobre os dez passos para alimentação saudável para menores de 2 anos e sobre receitas regionais para crianças de 6 a 24 meses.

Destaca-se também o **Projeto de alimentos regionais brasileiros**, que tem como objetivos:

- resgatar alimentos da cultura nacional;
- recuperar a diversidade alimentar, que vem sendo comprometida pela tendência à restrição da produção e consequentemente do consumo a um elenco reduzido de alimentos;
- promover oficinas de alimentos regionais, com a finalidade de selecionar alimentos locais com preparações locais, na ótica do ciclo da vida.



Para saber mais

Por meio do Disque Saúde (0800 611997) podemos ter acesso à divulgação de material informativo. Você já utilizou esse recurso? Você também pode ler o material na página da CGAN: <http://nutricao.saude.gov.br>.

Para refletir

Refleta sobre as ações que afetam os preços dos alimentos.

Sabemos que um dos condicionantes das práticas alimentares é a renda, e algumas ações vêm sendo indicadas no plano internacional como alternativas para ampliar a presença de frutas, verduras e legumes na alimentação e reduzir o consumo de industrializados, dentre elas:

- subsídios de preço por meio de incentivos ao longo da cadeia produtiva
- taxas que incidam sobre as vendas de produtos frescos e produtos industrializados
- subsídios ao sistema de transporte e armazenamento
- redução de taxas de importação de alimentos frescos
- incentivos a produtores rurais
- criação de canais públicos de distribuição atacadista e/ou varejista apoiada em menor custo de comercialização e maior amplitude de alcance, considerando os riscos de desequilíbrio na relação de oferta/demanda
- a taxação de grupos de alimentos “não saudáveis” vem sendo também cogitada, no entanto são significativas as dificuldades em identificar critérios para definição de quais produtos seriam passíveis desse “rótulo” e penalizar a população de mais baixa renda que consome tais alimentos (CLARO et al., 2007).

Quais as vantagens e desafios dos diferentes tipos de ação que afetam o preço dos alimentos?

Diretriz 3 – Vigilância alimentar e nutricional

Essa diretriz refere-se à ampliação e ao aperfeiçoamento das ações de vigilância alimentar e nutricional e sua incorporação nas rotinas de atendimento aos usuários da rede em todas as fases do curso de vida.

O monitoramento alimentar e nutricional, quando pensado de forma mais ampla, inclui informações que contemplam a cadeia alimentar (produção, comercialização, acesso, utilização biológica do alimento) e as referentes ao estado nutricional/estado de saúde. Ele permite que sejam pensadas estratégias que integram os diferentes setores, relacionando-os e contribuindo para que sejam formuladas intervenções em diferentes níveis:

- Nos serviços de saúde, reestruturando-os de modo a possibilitar um tratamento diferenciado ao usuário de risco e visando aprimorar a coleta, o registro e o processamento de dados.
- Ainda nos serviços de saúde, ao tratar tanto do plano alimentar como do nutricional, é reforçada a importância de que as intervenções implementadas contemplem de forma articulada os fatores biológicos, psicológicos e sociais que determinam o estado nutricional, contribuindo também para uma reorientação do modelo assistencial.
- No plano da formulação de políticas públicas, possibilita pensar ações para áreas específicas dos municípios, para o município como um todo, para o estado e suas diferentes realidades e, por fim, para todo o país, considerando as diferenciações regionais.

O governo federal, por meio do Ministério da Saúde, dispõe de um conjunto de sistemas de informação que possibilitam o acompanhamento de dados relacionados ao estado nutricional da população brasileira, além do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan/MS). Os sistemas que abarcam dados de mortalidade e morbidade (doenças mais prevalentes) possibilitam um monitoramento de doenças fortemente relacionadas com a alimentação, como as cardiovasculares, o câncer, diabetes, a hipertensão, obesidade, desnutrição. Podemos destacar o Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), o Sistema de Informações do Câncer da Mulher (Siscam), o Sistema de Informação de Mortalidade (Sim), entre outros. O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), implantado em 2006, conduzido em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, tem também impacto potencial no monitoramento de questões referentes à alimentação e fatores de risco para saúde. O Vigi-

tel inclui, além de informações sobre tabagismo, violência, morbidade referida, e estado nutricional referido, informações específicas sobre o consumo regular de alguns alimentos.

Desde 2008 o Sisvan monitora informações sobre todas as fases do ciclo de vida e alguns dados sobre consumo alimentar, especialmente marcadores de alimentação saudável, e a sustentação de sua base de dados ocorre por meio de um sistema informatizado *on line* (Sisvan WEB). No entanto, cabe considerar que se tratam de dados dos usuários dos serviços de saúde e, portanto, o Sisvan pode ser articulado a um outro conjunto de dados provenientes de pesquisas de amostra populacional (Pesquisas de Orçamento Familiar – POF/IBGE; Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar – Pnad/IBGE, que incluiu um Módulo Diagnóstico de Segurança Alimentar e Nutricional; Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS/MS etc.), além de outras, como as Chamadas Nutricionais, realizadas no dia de vacinação, que contemplam dados sobre estado nutricional de crianças menores de 5 anos e algumas questões relacionadas ao consumo alimentar, e as pesquisas sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida.

Nem sempre o Sisvan é implementado em todas as suas dimensões, podendo restringir-se à vigilância nutricional (sem contemplar os dados sobre a situação alimentar) e aos dados antropométricos da população materno-infantil de municípios beneficiários de programas do governo federal, como o PBF. Nos municípios onde atuam o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa de Saúde da Família (PSF), preconiza-se a coleta domiciliar regular de dados nutricionais de crianças menores de 2 anos de idade. Nos municípios que não dispõem desses programas, geralmente são coletadas apenas informações de parte da parcela da população que procura os serviços de saúde.

Cabe ressaltar que muitas localidades não dispõem ainda de equipamentos (balanças e outros instrumentos para avaliação nutricional), pessoal, transporte e infraestrutura básica necessária para o desenvolvimento pleno da vigilância. A proposta do Sisvan potencializa a integração interinstitucional e fortalece uma concepção ampliada da questão alimentar articulada à saúde, que deve ser alcançada.

Para além dos dados de usuários da rede que alimentam o Sisvan existe outro sistema de informações, específico do Programa Bolsa Família (PBF), responsável por monitorar as condicionalidades do programa, incluindo o estado nutricional. O PBF estabelece uma agenda de condições a ser cumprida pelas famílias, com o objetivo de melhorar os indicadores socioeducacionais e de saúde (BRASIL, 2003).

A permanência no programa depende do cumprimento de condicionalidades da saúde e educação, entendidas como “a participação efetiva das famílias no processo educacional e nos programas de saúde que promovam a melhoria das condições de vida na perspectiva da inclusão social” (BRASIL, 2004).

Contudo, é importante destacar que os diferentes níveis governamentais assumem a responsabilidade em garantir a oferta desses serviços (saúde e educação), a fim de que os beneficiários possam cumprir suas responsabilidades. O monitoramento das condicionalidades fica a cargo do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação e Cultura (MEC). No que se refere à educação, em nível municipal deve ser indicado um responsável técnico que fica responsável por informar ao MEC a frequência dos alunos beneficiários matriculados nas escolas de ensino fundamental ou médio (rede pública ou privada).

Quanto às condicionalidades da saúde, também deverá ser indicado um técnico para gerenciar as ações do programa nos municípios, que deverá informar ao MS o acompanhamento das famílias beneficiárias, atendidas nas unidades de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) (incluindo a Estratégia Saúde da Família).

Considerando essas demandas postas pelo PBF, o setor Saúde enfrenta o desafio de se estruturar ainda mais para garantir tanto o pleno monitoramento desses grupos atendidos quanto a garantia de uma assistência integral à saúde. O percentual de acompanhamento de usuários do PBF para cada estado é pactuado em alguns instrumentos como o Pacto pela Saúde, e visa fortalecer as metas dos municípios e a ampliação do número de famílias monitoradas.

É importante perceber que os usuários do Programa Bolsa Família são aqueles que sempre tiveram direito ao acesso à saúde e aos serviços de saúde e que, por diversas dificuldades, tais como distância de locais de moradia, oferta de atendimento, dentre outras, não frequentam regularmente a rede de saúde. A exigência de acompanhamento das condicionalidades do PBF deve contribuir para que esses usuários que passam a frequentar a rede básica tenham um atendimento integral em saúde, pois esta é a perspectiva do programa.

Diretriz 4 – Gestão das ações de alimentação e nutrição

O processo de gestão das ações de alimentação e nutrição implica o fortalecimento institucional da Pnan. Para isso é preciso avançar na elaboração de instrumentos normativos e dispositivos legais a fim de sustentar e orientar a condução das atividades. Muitas vezes as áreas técnicas de nutrição das esferas estadual e municipal encontram-se centradas em profissionais de maneira isolada. No processo de revisão e debate em torno da trajetória recente da Pnan foi enfatizada a importância do fortalecimento das estruturas de apoio técnico, financeiro e operacional, além da maior interação com as diretrizes e programas do SUS.

Nessa direção, a maior articulação com as equipes da Estratégia Saúde da Família e a construção de uma agenda intersetorial envolvendo os Nasfs é crucial para a melhoria dos processos de gestão das ações de alimentação e nutrição. A nutrição na Atenção Básica sob uma perspectiva territorializada é uma dimensão fundamental da política de alimentação e nutrição. A articulação, por exemplo, com os Territórios de Cidadania (Ministério do Desenvolvimento Agrário), com o programa Saúde na Escola (Ministério da Educação e Ministério da Saúde), Saúde Quilombola e Saúde Indígena torna-se um caminho virtuoso para a maior capilaridade dos processos de gestão. A partir da lógica intersetorial e participativa, a gestão das ações de alimentação e nutrição impõe o diálogo com os diferentes ministérios e programas de maneira sistemática e contínua, evitando assim os problemas do passado ligados às intervenções pontuais e fragmentadas.

Para refletir

Quais os principais problemas ligados à gestão das ações de alimentação e nutrição enfrentados no seu município?

Na sua opinião, quais seriam as principais alternativas para a solução desses problemas?

Diretriz 5 – Participação e controle social

- Como garantir o direito universal à alimentação adequada e saudável em um país marcado por tantas desigualdades?
- Como enfrentar os interesses que atravessam o processo de produção, comercialização e consumo de alimentos e que fazem com que alguns segmentos da população tenham mais dificuldade em acessar uma

alimentação adequada e saudável porque não dispõem de acesso a terra, a água, a bens e serviços públicos, e renda?

- Como enfrentar os problemas de saúde e alimentação em um país com contextos geopolíticos territoriais tão distintos, além de diverso em termos sociais, culturais, entre outros?
- Como saber se os programas são adequados aos diferentes perfis sociais, culturais, econômicos, de saúde, dos segmentos da população?



Quanto mais participativo um processo de construção de uma política, mais chances ele terá de ser adequado às múltiplas necessidades e demandas dos segmentos envolvidos.

Responder a essas perguntas exige que as desigualdades sejam tratadas, na ótica da justiça social, com base na definição de critérios que estabeleçam prioridades. Essa definição é, por um lado, técnica, exigindo indicadores, sistemas de informação e diagnósticos populacionais. Ao mesmo tempo, ela é política, considerando os processos de negociação de interesses entre os grupos envolvidos na formulação e implantação das ações.

Como parte desse fomento a processos de negociação política foram instituídos mecanismos de articulação e produção de acordos entre setores do governo (intersectorialidade) e entre Estado e sociedade (participação e controle social) em torno de prioridades. Esses mecanismos são, notadamente, os conselhos e comissões formados por representantes de diferentes setores de governo e da sociedade, que se unem para planejar uma ação conjunta de forma cooperativa, cada qual com sua função específica, ou para formular intervenções e propostas de políticas públicas, também de forma cooperativa, juntando esforços em função de um objetivo comum.

Da mesma forma que os programas assumem dinâmicas muito distintas dependendo do contexto em que são implementados, o funcionamento e o caráter mais ou menos participativo desses espaços institucionais também é variado em cada localidade. A existência de espaços formais de participação ou de aproximação entre instituições não garante por si só que as práticas sejam de fato democráticas, participativas ou integradas. Mas, podemos considerar que eles podem contribuir para fomentar tais processos.

Propostas de descentralização das ações de saúde e nutrição ganharam destaque ao longo das décadas de 1980-1990 e acompanharam os processos de ampliação das práticas participativas, visando a uma maior autonomia de gestão dos municípios e maior controle por parte da população local sobre a implementação das políticas de **controle social**. Ou seja, a população, por meio de suas entidades representativas, tem

Controle social é a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas públicas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis. Essa participação deve se dar nos conselhos de saúde, conferências de saúde, entre outros.

garantido constitucionalmente sua participação no processo de formulação das políticas públicas de saúde e no controle de sua execução, em todos os níveis. Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde, nos níveis federal, estadual e municipal de governo, entre outros. A estratégia é compreendida como a única forma de identificar e abranger grupos sociais que ficam, por circunstâncias diversas, excluídos do processo de desenvolvimento do país.

Um exemplo de atuação do Conselho Nacional de Saúde no campo da nutrição

Em dezembro de 2008 o Conselho Nacional de Saúde publicou a resolução CNS n. 408, que aprova algumas diretrizes para a promoção da alimentação saudável, dentre as quais:

- a oferta contínua de programas estatais de segurança alimentar e nutricional, voltados à alimentação saudável, com alimentos produzidos preferencialmente pela agricultura familiar, que incluam a oferta a preços acessíveis de frutas e hortaliças, cereais e grãos integrais;
- a educação alimentar e nutricional e o monitoramento nutricional em todos os ciclos de vida, garantidos por meio da Estratégia Saúde da Família, entre outros, consoantes com os princípios do desenvolvimento sustentável;
- a promoção de alimentação saudável durante o ciclo escolar, adequada às necessidades das faixas etárias e grupos com necessidades especiais, com ênfase na formação de hábitos saudáveis, por meio de ações articuladas da Estratégia Saúde da Família e do Programa Saúde na Escola;
- a proibição de alimentos que contenham quantidades elevadas de açúcar, gorduras saturadas, gorduras trans, sódio e bebidas com baixo teor nutricional;
- a inclusão da educação alimentar e nutricional no currículo escolar, devendo os profissionais por ela responsáveis serem atualizados sistematicamente e continuamente;
- regulamentação da publicidade, propaganda e informação sobre alimentos, direcionadas ao público em geral e em especial ao público infantil, coibindo práticas excessivas que levem esse público a padrões de consumo incompatíveis com a saúde e que violem seu direito à alimentação adequada;
- regulamentação das práticas de marketing de alimentos direcionadas ao público infantil, estabelecendo critérios que permitam a informação correta à população, a identificação de alimentos saudáveis, o limite de horários para veiculação de peças publicitárias, a proibição da ►

oferta de brindes que possam induzir o consumo e o uso de frases de advertência sobre riscos de consumo excessivo, entre outros;

- a inclusão, na agenda de prioridades da saúde pública, de ações intersetoriais no âmbito do Estado e da sociedade civil, fortalecendo o compromisso e a efetividade de projetos e programas voltados à promoção da alimentação saudável. ■

Diretriz 6 – Qualificação da força de trabalho

As ações referentes à qualificação da força de trabalho envolvem as ações de desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos, com destaque para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) e a necessidade de se elaborar um plano nacional de formação e desenvolvimento de recursos humanos em alimentação e nutrição.

Destaca-se também o papel dos Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição no fortalecimento da capacidade institucional da Política em todo o território nacional. Na verdade os Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição vinculados às instituições de ensino superior e os Centros de Referência são importantes canais para a capacitação de técnicos, profissionais e gestores na área. Apesar das diferentes lógicas presentes no processo de reflexão acadêmica, produção de conhecimento e formação técnico-gerencial, há um rico aprendizado. No entanto, no ambiente dos serviços de saúde ainda existem barreiras e dificuldades no que se refere à incorporação de alunos e estagiários à dinâmica das ações. Um dos principais problemas tem sido garantir espaço para a reflexão e discussão das práticas e revisão de alternativas. Ao mesmo tempo, o exercício da interdisciplinaridade nas equipes de trabalho tende a ser fragilizado perante as exigências cotidianas e os padrões tradicionais do cuidado assistencial.

A valorização das perspectivas abrangentes da promoção da saúde e da segurança alimentar e nutricional pode contribuir fortemente para a maior integração dos profissionais. Cabe destacar ainda a importância da educação permanente nas três esferas de gestão do SUS e a formação de redes regionais e estaduais de alimentação e nutrição no SUS integradas à Rede de Nutrição do Sistema Único de Saúde (Redenutri). Estas são estratégias cruciais para a construção de capacidades na área.

Para refletir

Quais são as principais ações do Centro Colaborador da sua região?

Você tem participado de alguma experiência em redes colaborativas de formação e troca de experiências? Avalie os principais pontos positivos e negativos dessa participação.

Diretriz 7 – Controle e regulação dos alimentos

Esta diretriz inclui as ações de garantia da qualidade sanitária dos alimentos como descritas na Pnan (1999), tais como:

- o fortalecimento das ações de vigilância sanitária, para 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;
- a rotulagem nutricional.

Na nova Pnan amplia-se a perspectiva também para fortalecer medidas de proteção, especialmente as ações de caráter regulatório, que têm como objetivo controlar a exposição da população a fatores e situações que estimulem práticas não saudáveis. Dentre elas destacam-se a regulamentação de venda e propaganda de alimentos nas cantinas escolares; a regulamentação de publicidade dirigida ao público infantil e a regulamentação da rotulagem de produtos dirigidos a lactentes.

A **rotulagem nutricional** pode ser considerada como um instrumento fundamental de apoio à escolha de alimentos, por veicular informações essenciais aos consumidores sobre os produtos adquiridos. Desde 2001 a rotulagem nutricional tornou-se obrigatória no país (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001). Cabe considerar que a regulamentação das informações que devem estar contidas nos rótulos dos alimentos industrializados, incluindo palavras de efeito e informação nutricional, pode impactar as escolhas alimentares como um todo e a opção por alimentos industrializados em detrimento dos frescos.

A informação nutricional é um direito da população, e os governos devem estabelecer metas claras sobre essa ação, considerando que ainda não é uma rotina amplamente implementada.

A **regulamentação de propagandas de alimentos** principalmente voltadas para o público infantil foi considerada uma das prioridades do governo

brasileiro no âmbito da implantação da Estratégia Global para Dieta, Atividade Física e Saúde. O Ministério da Saúde também ratificou, por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), o compromisso brasileiro com a Estratégia, reiterando a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que também inclui a regulamentação de publicidade de alimentos como um de seus eixos de ação. Como parte desse processo, foi elaborada uma proposta de regulamentação técnica pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), para o controle de propaganda, publicidade, promoção e informação de alimentos, reforçando a prioridade de controle da propaganda de alimentos voltados principalmente para o público infantil. A proposta foi veiculada por meio da Consulta Pública n. 71, de 10 de novembro de 2006, aplicada à divulgação ou à promoção de alimentos com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio e de bebidas com baixo teor nutricional (BRASIL, 2006).



Para saber mais

- Sobre esta resolução, acesse a página da Anvisa (www.anvisa.gov.br), na opção “Legislação”.
- Conheça também o documento produzido pela Opas intitulado “Recomendações da consulta de especialistas da Opas sobre a promoção e publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças nas Américas” (2012), disponível em: http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=997&Itemid=423.

Após ampla discussão e alterações da proposta original a partir das considerações encaminhadas por diferentes instituições durante a consulta pública, o documento foi publicado na RDC n. 24/2010, de 15 de junho de 2010 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010), que regulamenta normas para publicidade e promoção comercial de bebidas com baixo teor nutricional e de alimentos com elevadas quantidades de açúcar, de gordura saturada ou trans, e de sódio (BRASIL, 2010). A implementação dessa resolução vem sofrendo fortes resistências, especialmente do setor privado, expressas em diversas iniciativas junto ao legislativo para suspender a resolução, evitando assim a regulamentação por ela preconizada.

A regulamentação e o controle do uso de agrotóxicos também se situa no âmbito das medidas de proteção contra riscos. Podemos citar alguns instrumentos estratégicos para a promoção de SAN, como, por exemplo, a Lei dos Agrotóxicos (Lei n. 7.802, de 12 de julho de 1989), que regula sobre o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos. Mesmo dispondo dessa lei, o país vem enfrentando dificuldades importantes para garantir a qualidade produtiva dos alimentos, especialmente no que se refere à fiscalização e às ações de precaução no processo de registro desses produtos. Uma série de problemas vem sendo identificados quanto ao uso de agrotóxicos no Brasil, considerado um dos países que mais utiliza agrotóxicos em seu processo produtivo. Dificuldades de infraestrutura de gestão vivenciadas pelo MS na implementação dessas ações são um dos motivos para esse quadro (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009).

No texto revisado da Pnan essas ações passam a integrar a diretriz de aperfeiçoamento do controle e regulação dos alimentos. No entanto, o

novo texto da política amplia essa perspectiva e fortalece a dimensão regulatória do Estado no que se refere à promoção comercial de alimentos não saudáveis para crianças e a necessidade de normatizar a publicidade de alimentos de forma geral.

A fiscalização dos agrotóxicos é uma atividade de difícil execução no Brasil, em parte pela grande extensão territorial do país. Portanto as ações de precaução no processo de registro desses produtos são essenciais, considerando que se trata de um procedimento básico de controle para impedir que produtos com riscos inaceitáveis sejam produzidos, importados, exportados, comercializados ou utilizados.

O Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (Para), iniciado em 2001 pela Anvisa, que coordena o Programa em conjunto com as Coordenações de Vigilância Sanitária dos estados da Federação, vem realizando os procedimentos de coleta dos alimentos nos supermercados para posterior envio aos laboratórios. Até 2008 o programa contemplava 25 estados, além do Distrito Federal, e pretendia a partir de 2010 atender todos os estados do país. Atualmente apenas quatro laboratórios em todo o país fazem a análise dos alimentos, e o custo das amostras é alto.

Os resultados do Para indicam um quadro preocupante que conjuga utilização de agrotóxicos não autorizados e agrotóxicos com restrições. Além do modo inadequado de aplicação dos agrotóxicos, foram também detectados resíduos de agrotóxicos não autorizados, com sérias implicações na saúde humana, em amostras de batata, mamão, morango, pimentão, uva e pimentão (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009). O Para não tem caráter de fiscalização, mas de orientação, e um de seus objetivos é sensibilizar os consumidores para o que está acontecendo no campo. Além disso, a Anvisa vem sensibilizando os supermercados para que tenham rastreabilidade dos produtos, ou seja, para que possa ser possível identificar quem produziu aqueles alimentos que são comercializados, uma vez que as amostras são coletadas diretamente nos supermercados.

Para refletir

As ações aqui destacadas certamente configuram um campo de conflitos de interesse importante na política de alimentação e nutrição. Destaque os principais atores (instituições, organizações) que você identifica nesse campo e que podem ter interesses conflitantes com os interesses públicos. O que você acha que pode ser feito para regular os conflitos?



Para saber mais

Leia o dossiê produzido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde, no endereço: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2012/DossieAGT.pdf>.

Diretriz 8 – Pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição

O desenvolvimento de pesquisas, estudos e linhas de investigação é fundamental para ampliar a reflexão e a análise de fatores determinantes e da dinâmica da realidade alimentar e nutricional da população. Além disso, a pesquisa favorece o refinamento metodológico e conceitual, contribuindo para a avaliação do perfil das intervenções e para o desenho de novas ações e programas. Com isso, é possível sistematizar aprendizados e avançar em novas estratégias e arranjos institucionais.

Estudos destinados a possibilitar a elaboração de tabelas nacionais sobre composição e valor nutritivo dos alimentos também merecem destaque. De igual modo, são incentivadas pesquisas de natureza antropológica e etnográfica sobre hábitos e práticas alimentares, a fim de ampliar a compreensão sobre a dinâmica cultural e a diversidade das estratégias alimentares.

Essa diretriz de estímulo à pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição, no novo texto da política, trata fundamentalmente da necessidade de fortalecer as fontes de informação provenientes de pesquisa periódicas de base populacional nacional e local. Além disso, reforça a importância de se manter uma agenda de prioridades de pesquisa em alimentação e nutrição que seja de interesse nacional e regional e que seja norteadada pela agenda de prioridades em pesquisas em saúde.

Diretriz 9 – Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional

No texto revisado da Pnan, as ações previstas na antiga diretriz de estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos passaram a integrar a diretriz denominada de “Articulação e cooperação para a SAN”, que na nova versão da política enfatiza especialmente a articulação com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional instituída em 2006.

Considerando que os determinantes do estado nutricional ultrapassam os aspectos biológicos, que são objeto de intervenção direta do setor Saúde, a articulação intersetorial foi definida como uma diretriz estratégica da Pnan. De acordo com o Art. 12 da Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990), essa articulação se dá institucionalmente por meio da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição, subordinada ao Conselho

Nacional de Saúde, integrada pelos ministérios e órgãos envolvidos com a questão alimentar e nutricional e entidades representativas da sociedade civil.

Esforços foram empenhados para desenvolver uma política que coordene a ação de diferentes setores no interior do governo federal e entre este e a sociedade. No entanto, ainda é um desafio articular programas ligados a diversas instituições que historicamente vêm atuando de forma não integrada. Por outro lado, o processo de descentralização de recursos e atribuições para os governos municipais exige que mecanismos de articulação entre as três esferas (federal, estadual e municipal) sejam fortalecidos.

As instâncias previstas para enfrentar esses desafios são:

- Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e os Conseas estaduais e municipais, que articulam as ações ministeriais e o diálogo com a sociedade civil.
- Conselhos de Saúde (nacional, estadual e municipal) de composição paritária entre representantes de usuários do sistema, profissionais e gestores, que têm como objetivo democratizar o processo decisório.
- Comissões Intergestoras Bipartites e Tripartites.

Saiba mais sobre Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite, consulte o Capítulo 2, “o Sistema Único de Saúde”, deste livro.

Em síntese

Como vimos até aqui, alguns processos foram marcantes no campo da política de alimentação e nutrição na década de 1990. Se pudéssemos fazer um balanço dessa conjuntura, certamente destacaríamos esforços importantes.

O primeiro deles foi tornar os programas mais eficientes e adequados às diversas necessidades das populações atendidas, ou seja, capazes de atender seus objetivos e alcançar as demandas dos sujeitos de direitos. Esse esforço implicou a constituição de mecanismos de maior aproximação e articulação dos setores que desenvolviam ações nesse campo, processos mais participativos, reforço à própria noção de direitos.

Nesse processo, os sistemas de informações especializados ganharam destaque como instrumentos potencialmente ricos para subsidiar decisões, bem como os espaços de diálogo entre os atores, negociação sobre prioridades e mecanismos potenciais de controle social. Cabe avaliar os limites e possibilidades dos setores envolvidos em superar interes-

ses particulares, considerando que são, muitas vezes, competidores por recursos públicos, em favor de uma ação mais cooperativa. De igual modo cabe analisar a potencialidade dos diferentes mecanismos de administração dos conflitos existentes.

Outros desafios também persistem e um deles refere-se à implementação local das ações que compõem vários dos programas aqui abordados. A capacidade de gestão dos municípios brasileiros é muito heterogênea e vários problemas se colocam em nível local para que as ações alcancem os usuários, que sejam implementadas em toda a sua plenitude e com qualidade. Ainda que o processo de descentralização tenha avançado, os programas de nutrição ainda estão fortemente centralizados em âmbito federal de governo e muitos municípios ainda enfrentam desafios para formularem e implementarem programas próprios.

As ações de caráter educativo, embora sempre presentes nos programas, mas dificilmente operacionalizadas, ganharam enorme destaque na última década, com o crescimento das doenças ligadas a práticas alimentares. No entanto, elas ainda representam um enorme desafio, considerando que exigem tratamentos de longo prazo e, simultaneamente, ações preventivas.

Cabe, portanto, analisar o potencial dos profissionais de saúde como educadores em sua prática diária nos diversos campos de atuação. Isso exige que se supere uma abordagem autoritária e unilateral desse processo, seja no atendimento individualizado, seja nas estratégias voltadas para elaboração de cartilhas, materiais informativos e de utilização da mídia, visando a uma divulgação mais ampla.

Segurança Alimentar e Nutricional e intersectorialidade

Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) consiste na realização do direito humano ao acesso regular e permanente a uma alimentação saudável, de qualidade e quantidade suficiente, e que não comprometa o acesso a outras necessidades essenciais e ao sistema alimentar futuro. A garantia da SAN pressupõe práticas alimentares saudáveis que respeitem as diversidades culturais e sejam sustentáveis do ponto de vista socioeconômico e agroecológico, assegurando o bem-estar e a saúde dos indivíduos. A própria noção de uma alimentação adequada e saudável diz respeito às diversas necessidades humanas, que não são apenas biológicas, mas também psicossociais e culturais (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 2004, 2007, 2009; BRASIL, 2006a).

Com base no conceito apresentado, observamos que uma política de SAN deve considerar:

- A produção e o acesso aos alimentos em quantidade suficiente.
- As formas de produção dos alimentos, para que sejam ambientalmente, economicamente e socialmente sustentáveis.
- A oferta estável e permanente de alimentos.
- O controle de qualidade dos alimentos.
- A educação para o consumo saudável sustentável, integrado às questões que afetam produção, comercialização, distribuição e acesso aos alimentos.
- A promoção de condições de saúde para permitir a melhor utilização dos alimentos pelo ser humano.
- A adequação do ponto de vista cultural, social, econômico, de saúde.
- A garantia da alimentação adequada como direito humano e de cidadania.
- O respeito e o resgate da diversidade alimentar.

Os princípios do Sistema de SAN impõem que a operacionalização dessa política promova a articulação de ações desenvolvidas por diferentes setores de governo, que passam pela esfera de:

- **produção** (relações entre alimentos destinados ao mercado interno e externo, autonomia produtiva do país perante 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, modelo produtivo adotado);
- **comercialização** (perdas e desperdício de alimentos, encarecimento do alimento, condições de armazenagem e transporte etc.);
- **controle de qualidade dos alimentos;**
- **acesso ao alimento** e a uma alimentação saudável e adequada (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, além do acesso à informação);
- **utilização do alimento** em âmbito familiar e biológico (intimamente relacionada com o estado de saúde)(CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 2004, 2007, 2009).

São várias as questões críticas destacadas em relação ao sistema alimentar prevalente no Brasil, e que constituem desafios para o alcance da SAN, tais como: a concentração de terras para plantio; a redução do patrimônio alimentar e consequentemente da diversidade alimentar pelo incentivo à monocultura de exportação; a privatização dos recursos ambientais e da base genética do sistema agroalimentar; o uso indiscriminado de agrotóxicos na produção de alimentos; problemas ambientais gerados pelo processo produtivo; o desperdício de alimentos; as desigualdades de acesso a terra, a água, a renda, a emprego e serviços públicos e suas implicações no acesso à alimentação e na vulnerabilidade socioeconômica, alimentar e nutricional de determinados segmentos da população; os riscos sanitários; a desnutrição e demais doenças relacionadas às carências nutricionais e ao não atendimento de necessidades alimentares especiais; o perfil de consumo alimentar de risco à saúde, dentre outros (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 2004, 2007).

Para refletir

Qual é a sua definição de Segurança Alimentar e Nutricional? Quais são as ações que você tem observado em seu cotidiano que garantem a segurança alimentar nutricional?

Práticas alimentares referem-se aos modos como os povos se alimentam e, em termos mais amplos, às atividades relacionadas com a alimentação.

A política de SAN deve atuar tanto na dimensão alimentar, ou seja, na esfera da produção, distribuição, abastecimento e acesso aos alimentos, quanto no componente nutricional, envolvendo as **práticas alimentares** e a utilização biológica dos alimentos pelo organismo; dimensão que mantém relação íntima com os cuidados com a saúde, saneamento básico, acesso aos serviços de saúde e a presença de determinadas doenças, de forma a garantir todas as necessidades do indivíduo. Além disso, constitui um direito que deve ser garantido de forma adequada às práticas culturais e às condições sociais dos diferentes segmentos populacionais.

Observamos, então, que a concepção de SAN tem relação direta com a proteção dos recursos naturais, como a água, o solo, as florestas, e seu uso sustentável, de forma a não comprometer as necessidades das gerações futuras; e aproxima outros dois conceitos: o conceito de direito humano à alimentação e o de soberania alimentar.

E o que são direitos humanos?

Direitos humanos são as condições essenciais que todo ser humano possui, pelo simples fato de ter nascido; sua garantia possibilita o pleno desenvolvimento de suas potencialidades. Os direitos humanos são universais. Todas as pessoas, independentemente da etnia, idade, religião, ideologia, orientação sexual, ou outra característica pessoal, são portadoras de direitos humanos. Qualquer forma de discriminação que mantenha ou promova desigualdades consiste em uma violação dos direitos humanos (AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS, 2005).

Os direitos humanos fundamentais foram firmados em um pacto mundial e constituem um conjunto de condições essenciais para que todos os seres humanos, de forma igualitária, participem plena e dignamente da vida em sociedade. A garantia desses direitos exige instrumentos legais pelos quais as pessoas possam reclamar seus direitos, e instituições públicas capazes de analisar e dar encaminhamento a essas solicitações. Ou seja, se estes direitos não passarem a fazer parte das leis e das instituições de cada país, acabam por ter pouco efeito sobre os direitos de cidadania em si, pois a cidadania se constrói de acordo com os valores e práticas sociais que existem em cada nação (BURLANDY; MAGALHÃES; MALUF, 2004).

Complementando essa perspectiva com a ótica da autonomia dos povos e nações, pressupõe-se que, embora o direito à alimentação seja para todos os seres humanos, cada país tem a prerrogativa de definir suas próprias políticas e estratégias para garanti-lo, respeitando as múltiplas características culturais dos povos. Isso seria **soberania alimentar**.

Para refletir

Considerando as definições conceituais para direitos humanos, segurança alimentar e nutricional e soberania alimentar, como você pensa a aplicação desses conceitos em relação às populações indígenas, dada a diversidade étnica e cultural existente?

Cabe destacar que o Estado brasileiro reconhece o direito humano à alimentação adequada na Constituição Federal de 1988 (artigo 5º) (BRASIL, 1988) e na Pnan de 1999 (BRASIL, 1999b, 2003b), sendo signatário de todas as convenções internacionais em relação à garantia desse direito fundamental.

A relação entre políticas públicas e a SAN

A garantia do direito à alimentação impõe a implementação de políticas públicas em diferentes setores (saúde, educação, trabalho, agricultura etc. – intersectorialidade), envolvendo ações integradas no âmbito da

produção, comercialização, controle de qualidade, acesso e utilização do alimento em âmbito comunitário, familiar e individual.

Tanto a abordagem do Direito Humano à Alimentação quanto da SAN impõem um novo formato de políticas públicas em alimentação e nutrição, baseadas em uma perspectiva integradora, equitativa, não discriminatória, socialmente participativa e universal. Para tal os papéis dos diferentes atores envolvidos devem ser bem definidos, as metas e os objetivos claros, os recursos disponíveis, os critérios de elegibilidade dos usuários transparentes, entre outros.

A política da SAN diferencia-se das ações já desenvolvidas em cada setor ao tratar de forma integrada os fatores determinantes da situação alimentar e nutricional de uma população. Por exemplo, é importante conhecer como os alimentos são produzidos, o que é produzido, como são comercializados e consumidos, quais as relações com o processo saúde-doença e a qual a utilização e a transformação do alimento pelo organismo. Esses fatores são de naturezas distintas – econômica, psicossocial, ética, política, cultural, entre outras. Cada política setorial, pensada sob a ótica da SAN, necessita de um diálogo entre os diversos setores envolvidos e, conseqüentemente, de uma nova forma de atuação.

Reconhecendo a importância da participação social e de que os governos considerem, consolidem e se apropriem também de iniciativas e experiências positivas e inovadoras desenvolvidas por organizações da sociedade civil, o Sistema Nacional de SAN integra diferentes atores sociais, instituições e fóruns, tais como:

- as Conferências de SAN nos três níveis de governo (nacional, estadual e municipal);
- o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), e seus congêneres estaduais e municipais;
- a Câmara Interministerial de SAN (BRASIL, 2006; CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 2009; CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2011).

O Consea vem sendo responsável por ganhos importantes no campo da SAN, como a própria **Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional** (Losan), a Emenda Constitucional n. 64/2010, que instituiu o Direito à Alimentação, a formulação de novos programas e o redimensionamento de programas existentes, como será tratado posteriormente.

Articulação e integração nas políticas públicas

O sucesso de políticas públicas em alimentação e nutrição está na articulação entre os setores governamentais e na integração de ações de promoção/estímulo, apoio e proteção. Por exemplo, a prática do aleitamento materno exclusivo teve e ainda tem grande incentivo por meio de propagandas em veículos midiáticos, com a presença de atores conhecidos nacionalmente, e da Semana Nacional de Aleitamento Materno (estímulo).

Além disso, o Estado promulgou leis que regulam a publicidade e a venda de alimentos infantis e chupetas (proteção) e desenvolveu, e ainda desenvolve, ações de promoção do aleitamento materno exclusivo, como a publicação de materiais didáticos – *Dez passos para alimentação saudável de crianças menores de dois anos* (BRASIL, 2003a), *Guia alimentar para menores de dois anos* (BRASIL, 2002), a implantação do Hospital Amigo da Criança, o projeto Carteiro Amigo, entre outros apoios. Os materiais didáticos citados podem ser encontrados na íntegra na página do Ministério da Saúde.

Muitas vezes as ações de determinados setores amortizam ou mesmo anulam o impacto dos demais. Por exemplo:

- O setor Saúde desempenha esforços para que a população adote escolhas saudáveis, mas as ações no campo da produção e comercialização de alimentos não favorecem maior disponibilidade de alimentos e refeições saudáveis para toda a população, ou geram por si só problemas de saúde, pelos riscos do processo produtivo;
- A política econômica adotada favorece o desemprego e, consequentemente, amplia a população em risco de insegurança alimentar. Os gastos com programas sociais não são suficientes para atender aos problemas gerados.

Os atores militantes no campo da SAN lutaram para que ela fosse assumida como uma proposta estratégica de todo o governo, articulando as ações setoriais e integrando o econômico e social em uma política de desenvolvimento para o país. A partir de 1993, o governo federal brasileiro assumiu a SAN como um componente prioritário de suas ações e criou o primeiro Consea. Este conselho foi responsável por promover a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar (1994) e fortalecer na agenda do governo questões referentes ao combate à fome, ao programa de alimentação escolar, a programas de distribuição de alimentos. No entanto, o Consea foi extinto em 1995, quando o novo governo criou a estratégia Comunidade Solidária e deslocou o eixo central de mobili-

Neste período de baixa permeabilidade do governo federal ao tema da SAN, cabe destacar que a Pnan, construída por meio de processo participativo de caráter nacional, foi responsável por destacar tanto a perspectiva do direito humano à alimentação adequada quanto a própria perspectiva da SAN, em uma ótica intersetorial, garantindo a presença desse debate na agenda pública (PINHEIRO; CARVALHO, 2008).

zação política do governo federal da temática da SAN para a questão do combate à pobreza (BURLANDY, 2011).

Com a renovação do governo federal em 2003, a SAN volta a surgir como prioridade nacional. Ainda que a temática do combate à fome tenha sido nesse momento a face principal do discurso governamental, o Projeto Fome Zero consistiu em uma proposta de Política de Segurança Alimentar e Nutricional e abarcou ações de diferentes setores de governo (saúde, educação, trabalho, agricultura, dentre outros). Foram previstas tanto medidas emergenciais, destinadas aos grupos em situação de risco, quanto propostas voltadas para alterar os condicionantes mais estruturais do problema da insegurança alimentar, como geração de emprego e renda, reforma agrária e apoio à agricultura familiar.

A articulação entre os setores governamentais envolvidos nessas ações e o diálogo com a sociedade civil têm como espaço privilegiado a retomada do Consea. Nessa conjuntura, multiplicaram-se os Conseas estaduais e municipais, bem como os fóruns de SAN que congregam organizações da sociedade civil atuantes nesse campo.

Uma das ações do novo Consea foi a realização da 2ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em março de 2004, que teve como objetivo principal a formulação de diretrizes para a PNSAN.

Diversos avanços aconteceram desde a realização da 2ª Conferência, a começar pela incorporação da SAN e do direito humano à alimentação adequada e saudável na agenda pública no Brasil, e pela apropriação das diferentes dimensões de soberania e segurança alimentar e nutricional pelos movimentos sociais. Também houve a reorientação e ampliação do Programa Nacional de Alimentação Escolar, a retomada da Pnan e a integração de ações e programas de diversas instâncias governamentais na direção da intersetorialidade.

Com a intensa mobilização social em 2006, o governo federal assinou a Lei n. 11.346, que criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan) (BRASIL, 2006a). Em 2007 foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, a qual reafirmou a prioridade para a construção do Sisan e para a formulação e implementação da PNSAN, com o objetivo de consolidar o direito humano à alimentação adequada e à soberania alimentar. Em 2011 foi realizada a 4ª Conferência Nacional de SAN, aprofundando discussões sobre os avanços e desafios desse processo, com destaque para:

- seu caráter participativo;

- o protagonismo de organizações da sociedade civil;
- a perspectiva de integrar as dimensões alimentar e nutricional e ampliar o conceito que pauta o debate internacional, no sentido de consolidar a dimensão nutricional e fomentar a integração entre os aspectos alimentares e nutricionais, em uma ótica sistêmica;
- diversos setores e organizações que se identificam como partícipes desse domínio de políticas, dada a sua amplitude, capacidade de mobilização social e de estruturação de uma institucionalidade própria, especialmente no governo federal;
- diferentes programas e ações reconfigurados e programas inovadores implementados, a partir da consolidação do campo da SAN no Brasil (BURLANDY; MAGALHÃES; MALUF, 2006; CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL 2004; 2004 a; 2007; 2009; 2009 a; ENCONTRO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2006; COSTA, 2008; PINHEIRO, 2009).

Em 2005 foi instituído o Grupo de Trabalho (GT) do Consea destinado a discutir o tema da promoção da alimentação adequada e saudável, que destacou alguns aspectos que mereciam aperfeiçoamento no âmbito das políticas públicas do governo federal, tais como: os impactos do uso de agrotóxicos; a questão dos transgênicos; a rotulagem de alimentos; a necessidade de garantir o princípio da precaução, tendo em vista os riscos para a saúde da população e o meio ambiente (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 2007).

As propostas destacadas especificamente para o Ministério da Saúde foram:

- Produzir e divulgar materiais informativos (cartilhas, cartazes, folders) sobre o incentivo do consumo de frutas e hortaliças no contexto da alimentação saudável (campanhas de mídia e ações junto aos profissionais de saúde, famílias e população em geral).
- Capacitar profissionais de saúde em promoção da alimentação saudável.
- Instituir um programa intersetorial de promoção da alimentação saudável.
- Aperfeiçoar o sistema de informação sobre consumo alimentar.
- Promover editais de pesquisa que aprofundem os conteúdos e os métodos de educação alimentar e nutricional centrados na promoção da saúde e da concretização de direitos.



Para saber mais

Mesmo que você já conheça a Lei n. 11.346, de criação do Sisan, é importante fazer uma releitura, pois ela é um dos instrumentos norteadores das ações de alimentação e nutrição em todo o país e da garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. Ela encontra-se em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm

Você também pode ler os relatórios das Conferências de SAN na página do Consea: <http://www4.planalto.gov.br/consea>

O GT do Consea propôs a criação de várias ações em diferentes ministérios. Para conhecê-las melhor leia o documento: "Consea Nacional. Relatório final do GT: alimentação adequada e saudável (2007). Março 2007". Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/documentos/alimentacao-adequada-e-saudavel/documento-final-alimentacao-adequada-e-saudavel>.

Ao compreendermos a trajetória das intervenções no campo da alimentação e nutrição no Brasil e o contexto da SAN, podemos identificar a importante relação entre as Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição e de Segurança Alimentar e Nutricional. Considerando que os condicionantes do estado nutricional ultrapassam os aspectos biológicos, que são objeto de intervenção direta do setor Saúde, a articulação intersetorial é definida como uma diretriz estratégica da Pnan.

Na verdade, a complexidade das demandas sociais no campo da alimentação e nutrição põe em cheque a capacidade de as políticas públicas atuarem de forma coordenada. A **abordagem intersetorial**, interdisciplinar e participativa que marca o enfoque de SAN impõe grandes desafios para a garantia desse direito e implica a construção de formas diferentes de produzir, comercializar e consumir os alimentos (BURLANDY, 2007; BURLANDY; SALLES-COSTA, 2007; MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009).

O conceito de intersetorialidade

A intersetorialidade pode ser compreendida como uma articulação estratégica voltada à convergência de iniciativas e integração de recursos gerenciais, financeiros e humanos com o objetivo de dar novos contornos ao padrão tradicionalmente fragmentado das agências públicas. Ainda que a tarefa de gerenciar alternativas políticas por meio da construção de acordos e coordenação descentralizada seja mais complexa e envolva negociação permanente para a escolha de opções de ação, a intersetorialidade é uma ferramenta fundamental para a constituição de experiências participativas e mais eficazes de gestão social.

Analiticamente, podem ser identificados níveis distintos de articulação e coordenação entre os setores:

- a multissetorialidade – quando, a partir de um objetivo de política pública, que transcenda os setores, identificam-se programas prioritários que são potencializados por intermédio de uma ação convergente. Este processo pode gerar ganhos pontuais nos programas setoriais e uma maior aproximação dos diferentes setores a uma abordagem macrossetorial;
- a intersetorialidade – quando os setores pactuam um projeto integrado, identificam determinantes-chave do problema em pauta, formulam intervenções estratégicas que transcendem os programas setoriais e alocam os recursos em função dessas prioridades (BURLANDY, 2009).

Assim como o alcance da segurança alimentar e nutricional, a garantia da saúde 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.

Como mencionado anteriormente, a articulação entre a dimensão alimentar e a nutricional é um grande diferencial que a ótica da SAN confere ao campo das políticas públicas, e esse princípio também se coloca para a política de saúde. Portanto, é fundamental que os setores que já desenvolvem programas e ações nas várias áreas que compõem essa política (agricultura, saúde, educação, entre outras) pensem e atuem de forma integrada, intersetorial. Isso significa que cada setor deve atuar em função dos objetivos mais amplos da SAN, e para isso a **intersectorialidade constitui uma diretriz dessas políticas**. Em muitos casos as ações de determinados setores amortizam ou anulam o impacto dos demais; por exemplo, podemos enfrentar as seguintes situações em determinados contextos:

- As ações do setor Saúde visam estimular a população a adotar escolhas mais saudáveis em termos de consumo alimentar. No entanto, as ações no campo da produção e comercialização de alimentos não favorecem uma maior disponibilidade de alimentos e refeições saudáveis para toda a população.
- O processo de produção de alimentos oferece riscos à saúde de produtores e consumidores pelo uso indiscriminado de agrotóxicos.
- O sistema de produção, comercialização e industrialização de alimentos atinge metas econômicas, mas gera problemas sociais, marginaliza e exclui produtores que detêm menos recursos, violando sua cidadania e seus direitos. Além disso, compromete a sustentabilidade ambiental e estimula práticas alimentares de riscos à saúde (ao disponibilizar em larga escala e a baixo custo alimentos com alta concentração de calorias, açúcares e gorduras).
- Se a política econômica adotada em um país favorece o desemprego e, conseqüentemente, amplia a população em risco de insegurança alimentar, os gastos com programas sociais nunca serão suficientes para atender aos problemas gerados, por mais que o setor social implemente ações de forma eficiente.

Como vimos, a política de SAN lida de forma integrada com os fatores determinantes da situação alimentar e nutricional de uma população, que por sua vez são de naturezas distintas – econômica, psicossocial, ética, política e cultural. Portanto, a inserção da ótica de SAN em cada

ação setorial implica uma mudança de lógica de atuação dos setores, além do diálogo entre eles, como já referido.

No entanto, todos esses princípios e diretrizes integram um determinado “ideal de política”, e as relações que se estabelecem entre os diferentes atores sociais no “mundo real” podem ser regidas por outros princípios que não necessariamente esses, como a maximização de ganhos econômicos, políticos e de interesses privados. Nesse processo, os governos podem atuar e construir políticas que na realidade contribuem para garantir as condições necessárias para que as instituições do mercado, e mesmo as organizações sociais, atinjam determinados objetivos, até mesmo opostos aos princípios aqui tratados. Portanto, não há como entender as ações dos governos dissociadas da dinâmica do mercado e das organizações sociais, pois elas são parte de um mesmo processo. No entanto, cabe lembrar que a cooperação em torno de objetivos sociais mais amplos, menos particularistas, além de valores mais solidários, também influencia a ação dos diversos atores.

Para refletir

- Os programas em seu município são integrados?
 - Existem espaços institucionais ou processos que facilitem a aproximação entre os setores de saúde, assistência, educação e outros?
 - Quais as dificuldades que você identifica em seu município para que os setores e secretarias municipais se aproximem?
 - No seu município é possível fazer um planejamento integrado entre as secretarias pensando em problemas e prioridades que dependem da ação de várias delas?
-

Tanto a Pnan quanto a Política de SAN, quando pensadas de forma ampliada e como campos que têm o potencial de integrar diversas áreas e setores de políticas, tornam-se questões centrais para o conjunto de políticas públicas de um país. Portanto, a articulação entre esses dois campos de políticas (da SAN e da Saúde) é fundamental para fortalecer a transversalidade das ações de alimentação e nutrição e potencializar a capacidade das instituições que lidam com tais ações de pautarem a agenda de diferentes setores de governo.

Desenvolver as ações de saúde e de alimentação e nutrição no âmbito do SUS sob a ótica da SAN implica formas diferenciadas de operacionalização, ou seja, processos de implementação pautados em uma maior integração entre produção, comercialização acesso e consumo. De igual

modo, implica compreender a nutrição como parte de um sistema. Este é um desafio ainda em curso.

No cenário do setor Saúde diversas políticas têm interface direta com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, tais como: a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (2011); o Pacto pela Saúde (2006); a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006); a Política Nacional de Atenção Básica (2006); e programas estratégicos como o Programa Saúde na Escola (2007); ações intersetoriais de promoção da alimentação saudável nas escolas, como as pautadas pela portaria interministerial 1010 (BRASIL, 2006d).

O Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, entre as quais ressaltamos:

- a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão;
- a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização;
- a integração das várias formas de repasse dos recursos federais;
- e a unificação dos vários pactos hoje existentes.

É o resultado de um intenso trabalho de discussão de cerca de dois anos, envolvendo os técnicos e a direção das diversas áreas do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conas e Conasems) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), e foi aprovado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, de 26 de janeiro de 2006, e na reunião de 9 de fevereiro de 2006, pelo Conselho Nacional de Saúde.

A cooperação e articulação com a SAN, como visto, é uma das diretrizes dessa política, uma vez que, considerando que os determinantes do estado nutricional ultrapassam os aspectos biológicos, que são objeto de intervenção direta do setor Saúde, a articulação intersetorial é definida como uma diretriz estratégica da Pnan.

Como visto, de acordo com o art. 12 da Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990), essa articulação se dá institucionalmente por meio da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição do Conselho Nacional de Saúde, órgão deliberativo e de controle social do SUS. Considerando o caráter intersetorial da política de saúde, foram criadas comissões destinadas a promover o diálogo com outros setores no âmbito do CNS. Entre elas, destaca-se a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (Cian),



Para saber mais

Leia o Pacto da Saúde 2006 – Consolidação do Sistema Único –, conjunto de publicações que documentam as suas diretrizes e foi publicado na Portaria/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. As publicações contemplam o Pacto da Saúde firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Série Pactos pela Saúde 2006. Coletânea – BVS – Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021.

composta por representantes de diferentes setores de governo, sociedade civil e setor privado lucrativo, que subsidiam o CNS na avaliação e monitoramento da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan).

Como vimos, a Pnan prevê na diretriz de promoção da alimentação saudável a criação de ambientes favoráveis à adoção de práticas alimentares saudáveis. Nesse sentido, além dos serviços de saúde, as escolas e os locais de trabalho são espaços estratégicos de vivência e formação de hábitos, onde os indivíduos passam parte importante de seu tempo (especialmente nas escolas e no trabalho), e ali necessitam não só suprir necessidades vitais como a alimentação, mas também construir valores. Alguns programas públicos fundamentais para o alcance desse objetivo são implementados por outros setores, para além do setor Saúde, como o Programa Nacional de Alimentação do Escolar (Pnae/FNDE/MEC) e o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT/MT). Implantar essas ações a partir da abordagem da Segurança Alimentar e Nutricional implica promover uma maior articulação desses programas com as ações no setor produtivo, fortalecendo os pequenos e médios produtores locais, escoando a produção e resgatando a dimensão da cultura alimentar local.



Para saber mais

Leia a Portaria n. 1010, disponível no site do Ministério da Saúde, em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1010.htm>.

O Brasil dispõe de uma legislação interministerial, **Portaria MS/MEC 1.010, de 8/5/2006**, que instituiu diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas da rede pública e privada que reconhecem a alimentação saudável e adequada nas escolas como um direito. Várias ações são propostas na legislação, 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 (BRASIL, 2006d).

Ainda no âmbito da interface entre as ações dos setores da saúde e educação, destaca-se também o Programa Saúde na Escola (PSE), cujo objetivo é prevenir e promover a saúde dos escolares. O PSE, criado em 2007 por meio de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação, prevê a incorporação da saúde no projeto político-pedagógico da escola pela integração das equipes da Estratégia Saúde da Família nas suas múltiplas atividades. Há especial ênfase no monitoramento da saúde das crianças por intermédio do acompanhamento do estado nutricional, detecção precoce de doenças crônicas, suporte psicológico e cuidados com saúde bucal e visual.

As ações que vêm sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde no espaço escolar devem ser integradas às iniciativas recentes do Programa

Nacional de Alimentação Escolar (Pnae), instituídas pela Lei n. 11.947, de 16 de junho de 2009, regulamentada pela Resolução n. 38/2009 do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Esta lei estende as ações de alimentação escolar para toda a rede pública de educação básica e de jovens e adultos e determina o investimento de pelo menos 30% dos recursos destinados à merenda na compra de produtos da agricultura familiar, priorizando, sempre que possível, os alimentos orgânicos e/ou agroecológicos.

O exemplo do programa de alimentação escolar indica que a aproximação entre produção e consumo de alimentos, pautada no princípio da intersetorialidade, pode ser operacionalizada por meio dos processos de compras públicas. As compras institucionais (especialmente de alimentos e produção de refeições), as quais são realizadas no âmbito do próprio SUS com recursos públicos, podem priorizar produtores locais ou a produção de base agroecológica e a agricultura familiar. O processo de compra de alimentos e de produção de refeições – nos hospitais, escolas e demais instituições que comercializam refeições – pode ser reavaliado sob uma ótica intersetorial. Por exemplo, pode-se questionar: quais os tipos de alimentos que vêm sendo adquiridos, quais são os principais fornecedores, ou ainda refletir como é possível potencializar esse processo de modo a fortalecer determinados segmentos de fornecedores e não gerar mais iniquidades entre os produtores de alimentos.

Para refletir

- Como comprar e ofertar alimentos frescos que contribuam para a promoção de uma alimentação saudável nessas instituições?
 - Como garantir a qualidade nutricional e sanitária da alimentação ofertada; como garantir a adequação cultural dessa alimentação?
 - Como atender às necessidades específicas dos diversos segmentos de usuários?
-

As próprias ações de promoção à alimentação saudável no âmbito do SUS podem contribuir para abordar de forma integrada todos os fatores que atravessam o sistema agroalimentar, desde a produção até o consumo. Como dito, as ações de educação em saúde que vêm sendo desenvolvidas no âmbito do SUS no atendimento ambulatorial, nos hospitais, na Estratégia Saúde da Família, entre outros, podem também ser pensadas a partir do princípio da intersetorialidade. Um exemplo é 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 e comercialização, considerando as diferentes dimensões psicossociais, econômicas, culturais desse processo.

Práticas educativas baseadas nos princípios da promoção da saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional pressupõem uma visão complexa, inter e transdisciplinar ampliada de saúde e uma nova forma de relacionamento entre os profissionais de saúde e a população. São voltadas para promover saúde e não apenas prevenir doenças. Consideram a perspectiva da autonomia no cuidado com a saúde, a utilização de práticas pedagógicas de construção ativa e inter-relacional do conhecimento que de fato promovam a participação social. A ótica da SAN impõe que sejam tratados os aspectos que envolvem todo o sistema alimentar e nutricional, e não apenas o 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, entre outros. Nesse sentido, é importante também integrar as ações educativas que vêm sendo desenvolvidas por diferentes setores, programas e políticas do Ministério da Saúde, em interface ou não com outros ministérios, e também por outros segmentos e setores do governo.

Vemos então que as políticas e os programas que integram o SUS e o Sisan preveem alguns espaços formais e mecanismos institucionais para promover a intersetorialidade. Ainda assim, em cada contexto as instituições, as diferentes organizações e os setores envolvidos com uma dada política podem encontrar diversas formas de se aproximarem e de planejarem de modo mais conjunto as ações que desenvolvem. Essas formas podem ser mais ou menos institucionalizadas e formais, e cabe então identificar em cada localidade como isso acontece e o que favorece e o que dificulta a aproximação entre os atores.

Inovações no sentido de promover processos integrados podem ser identificadas na trajetória de consolidação do campo da SAN, e algumas se destacam. A Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan) vem formulando um Plano Intersetorial de Combate à Obesidade, envolvendo ações dos 19 ministérios que compõem esta câmara. Outra iniciativa que se destaca é a reformulação da lei orçamentária visando instituir áreas articuladoras do orçamento setorial, como, por exemplo, a própria SAN. Esse processo de reformulação da lógica orçamentária vem sendo marcado por múltiplos conflitos e discordâncias que merecem ser problematizados. Mas consiste numa tentativa inovadora de promover a articulação entre orçamento e gestão intersetorial.

Novos programas foram criados a partir do diálogo intersetorial promovido pelo campo da SAN, a exemplo do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA). Formulado no mesmo ano, o PAA foi gestado no Consea, espaço formalmente reinstituído para propiciar a interlocução política entre sociedade civil e diferentes setores de governo. Destinado a promover a compra governamental de produtos da agricultura familiar e escoá-las para instituições sociais, o PAA foi formulado com base em um desenho operacional pautado no princípio da intersetorialidade. O programa prevê, inclusive, a constituição de uma comissão gestora integrada por diferentes setores de governo (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 2008).

Além disso, no âmbito das políticas setoriais, outros programas vêm sendo desenhados e revistos, visando instituir espaços de pactuação entre setores ou mecanismos de integração de ações setoriais. Exemplos nesse sentido referem-se ao próprio Programa Bolsa Família (PBF), que institui comissões intersetoriais compostas por representantes da saúde, assistência social e educação nos três níveis de governo. Além desse, há o Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae), cuja formulação data da década de 1950, como vimos, e que vem sendo intensivamente reestruturado e atualmente constitui um exemplo de desenho operacional intersetorial. Isso se deve ao fato de que a recente legislação do programa instituiu a exigência de compra de ao menos 30% dos alimentos provenientes da agricultura familiar (BRASIL, 2009).

Cabe então destacar que o campo da SAN vem contribuindo para a consolidação de uma institucionalidade inovadora que estabelece processos em vários níveis, ou seja, na estrutura macroinstitucional (Consea, Caisan), nas políticas e programas e setoriais. Esse formato institucional que atravessa o Sistema, as políticas e os programas nos três níveis de governo se mostra potencialmente produtor do diálogo intersetorial, bem como da implementação de ações locais a partir de uma ótica integradora. Isso pode ser identificado na transformação que alguns programas, como os aqui destacados, vêm vivenciando no sentido de aproximar as ações de produção, comercialização e consumo de alimentos (BURLANDY; ROCHA; MALUF, 2010).

Possíveis desafios devem ser destacados e uma questão se coloca: como uma área que se institui politicamente em um lugar suprassetorial e que, portanto, não dispõe de programas próprios, mas abarca políticas, programas e ações desenvolvidos por múltiplos setores de governo, interfere nos espaços institucionais próprios de cada setor sem gerar resistências setoriais?

Outros desafios também se colocam para o processo de implementação local dos programas em uma ótica intersetorial. A mobilização dos governos locais no sentido de aproximar os gestores responsáveis pelo Pnae com os sindicatos, as cooperativas de agricultores e outras instituições governamentais que lidam com a agricultura familiar nos municípios pode ser bastante desafiadora. Como enfrentar os fornecedores locais que tradicionalmente estiveram vinculados ao Pnae; enfim, como administrar os vários conflitos decorrentes da reordenação de forças que o programa pode provocar no plano local ao afetar as práticas existentes?

Para refletir

- Quais as formas e os processos de aproximação entre setores que você identifica em seu município?
 - O seu município vem conseguindo colocar em prática a compra da alimentação escolar dos produtores locais e da agricultura familiar?
 - A alimentação escolar em seu município atende aos princípios da SAN e contribui para a garantia do direito à alimentação adequada e saudável? Por quê?
-

Considerações finais

Foram diversas as ações aqui consideradas que compuseram as políticas que afetam a alimentação e a nutrição da população brasileira em diversas conjunturas. Concluímos que a **convergência** e a **sinergia** dessas ações, muito mais do que a implementação de programas isolados, têm um potencial significativo de impactar o quadro alimentar e nutricional.

A reflexão em torno dos alcances e efeitos desses programas demanda uma compreensão sobre as condições sociais, políticas e econômicas que tornaram possíveis determinadas alternativas de ação em cada contexto histórico. Ao longo deste módulo estimulamos um exercício analítico desta trajetória, privilegiando especialmente o contexto municipal e a diversidade local. Além disso, as distintas condições de infraestrutura gerencial dos municípios, o perfil sociocultural dos vários territórios, as potencialidades socioeconômicas e ambientais locais, dentre outros fatores, contribuem para que tenhamos contextos muito heterogêneos. Esta heterogeneidade tem forte impacto na dinâmica e no desenvolvimento dos programas e iniciativas de segurança alimentar e nutricional.

Além disso, é importante reconhecer que a construção da política de segurança alimentar e nutricional é um processo histórico marcado por embates, conflitos e descontinuidades. Ainda que variáveis como cultura institucional e perfil de mobilização política em torno da questão alimentar tendam a ser mantidas ao longo das décadas, também existem momentos de ruptura e crise os quais podem redefinir as alternativas adotadas. É interessante também notar essas nuances na trajetória de um campo de política em cada contexto; no caso deste capítulo, aquele que se refere às ações de alimentação e nutrição. O que possibilita rupturas com o que vinha sendo implementado? O que favorece continuidades e descontinuidades dos processos em curso?

O quadro alimentar e nutricional da população brasileira vem sendo alterado em ritmo e dimensões impressionantes perante a própria velocidade de transformação dos múltiplos fatores que o afetam. Dessa forma, os desafios que se apresentam para a prática profissional são também muitas vezes inesperados, demandando um aprendizado contínuo no curso do próprio processo de ação. A troca de experiências em torno desse agir pode contribuir para enriquecer nossa capacidade analítica, indicar possíveis caminhos e acima de tudo mobilizar a ação a partir de alguns valores e princípios socialmente compartilhados. Os espaços participativos e alternativas de diálogos são, portanto, estratégicos no curso desse processo.

Referências

AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS. *Segurança alimentar e nutricional: direito humano à alimentação: diretrizes voluntárias para o direito à alimentação adequada*. Brasília, DF, 2005.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Consulta pública n. 71, de 10 de novembro de 2006. Proposta de Regulamento Técnico sobre oferta, propaganda, publicidade, informação e a outras práticas correlatas cujo objeto seja a divulgação ou promoção de alimentos com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio e de bebidas com baixo teor nutricional, quaisquer que sejam as formas e meios de sua veiculação. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 nov. 2006. Seção 1, p. 68.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA)*. Brasília, DF: Gerência Geral de Toxicologia, 2009. Nota Técnica para divulgação dos resultados do PARA de 2008.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC n. 24/2010, de 15 de junho de 2010. Dispõe sobre a oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas cujo objetivo seja a divulgação e a promoção comercial de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio, e de bebidas com baixo teor nutricional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2010.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC n. 40, de 21 de março de 2001. A Diretoria Colegiada da ANVISA/MS aprova o regulamento técnico para rotulagem nutricional obrigatória de alimentos e bebidas embalados. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 mar. 2001.

ANJOS, L. A.; BURLANDY, L. Construção do conhecimento e formulação de políticas públicas no Brasil na área de Segurança Alimentar e Nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 15, p. 19-22, 2010.

BACKER, D. J. P. (Ed.). *Fetal and infants origins of adult disease*. London: BMJ Publishing Group, 1993.

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1997: o estado num mundo em transformação*. Washington, DC: World Bank, 1997.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. S181-S191, 2003. Suplemento 1.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL-03/constituicao/Constitui%C3A7ao.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2006.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional n. 64, de 4 de fevereiro de 2010. Da nova redação ao artigo 6º da Constituição Federal para introduzir a alimentação como direito social. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 fev. 2010.

BRASIL. Decreto n. 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 set. 2004. Disponível em: <bolsafamilia.datasus.gov.br/documentos_bfa/DecretoPBF.pdf>. Acesso em: 10 out. 2009.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2006.

BRASIL. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Sisan com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 set. 2006a. Disponível em: <<http://www.abrandh.org.br/downloads/losanfinal/15092006.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2007.

BRASIL. Lei n. 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; altera as Leis nos 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória no 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei no 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 jun. 2009.

BRASIL. Medida provisória n. 132, de 20 de outubro 2003. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.836.htm>. Acesso em: 10 out. 2009.

BRASIL. Medida provisória n. 2.206, de 10 de agosto de 2001. Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde: “Bolsa-Alimentação” e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 ago. 2001.

BRASIL. *Plano de combate à fome e à miséria*: princípios, prioridades e mapa das ações de governo. Brasília, DF: Presidência da República, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação do Programa Bolsa Alimentação*. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Dez passos para alimentação saudável*: guia alimentar para crianças menores de dois anos: álbum seriado. Brasília, DF, 2003a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/10_passos.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para crianças menores de dois anos*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do SUS*: NOB-SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, DF, 1997. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de alimentação e nutrição*. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2003b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/pnan.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de alimentação e nutrição*. Brasília, DF, 2012. Na capa: PNAN. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95/GM, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jan. 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 687/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 mar. 2006b. Seção 1, p. 138. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-687.htm>>. Acesso em: 23 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 709/GM, de 10 de junho de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a implementação de ações de combate às carências nutricionais nos Municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, v. 110, 11 jun. 1999a. Seção 1, p. 85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, v. 110, 11 jun. 1999d. Seção 1, p. 14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 730/GM, de 13 de maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a anemia ferropriva e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.357, de 23 de junho de 2006. Define e estrutura as ações de Alimentação e Nutrição por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das capitais com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição... *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jun. 2006c. Seção 1, p. 44. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1357.htm>>. Acesso em: 23 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.409/GM, de 23 de março de 1998. Estabelece critérios e requisitos para implementação de ações de combate às carências nutricionais nos Municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 mar. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.181 de 12 de dezembro de 2007. Define recursos financeiros do Programa Alimentação Saudável para incentivar a estruturação e a implementação das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenadoria-Geral de Alimentação e Nutrição. *Programa Nacional de Suplementação da Vitamina A*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/vita.php>>. Acesso em: dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenadoria-Geral de Alimentação e Nutrição. *Programa Nacional de Suplementação de Ferro*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/ferro.php>>. Acesso em: dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria interministerial n. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 maio 2006d. Seção 1, p. 70. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1010.htm>>. Acesso em: 23 fev. 2007.

BURLANDY, L. A atuação da sociedade civil na construção do campo da alimentação e nutrição no Brasil: elementos para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 3077-3084, 2011.

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*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 851-860, 2009.

BURLANDY, L. Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil. In: BARROS et al. *Curso de vigilância alimentar e nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD/CECAN, 2004. 1 CD-ROM.

BURLANDY, L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1441-1451, 2007.

BURLANDY, L.; ANJOS, L. A. Acesso à alimentação escolar e estado nutricional de escolares no Nordeste e Sudeste do Brasil, 1997. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 1217-1226, 2007a.

BURLANDY, L.; ANJOS, L. A. Acesso a vale refeição e estado nutricional de adultos beneficiários do Programa de Alimentação do trabalhador no Nordeste e Sudeste do Brasil, 1977. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 1, p. 1457-1464, 2001.

BURLANDY, L.; MAGALHÃES, R.; MALUF, R (Coord.). *Construção e promoção de sistemas locais de segurança alimentar e nutricional: aspectos produtivos, de consumo, nutricional e de políticas públicas*. Rio de Janeiro: CPDA/UFRRJ, 2006. Disponível em: <<http://r1.ufrj.br/cpda/ceresan/docs/relatoriotecnico3.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2013.

BURLANDY, L.; ROCHA, C.; MALUF, R. *Integrating nutrition into agricultural and rural development policies: the Brazilian experience of building an innovative food and nutrition security approach*. Rome: FAO, 2011. No prelo. Trabalho apresentado no International Symposium of Food and Nutrition Security, 2010, Rome.

BURLANDY, L.; SALLES-COSTA, R. Segurança alimentar e nutricional: concepções e desenhos de investigação. In: KAC, G.; SCHIERI, R.; GIGANTE, D. (Org.). *Epidemiologia nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 485-502.

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. *Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012-2015*. Brasília, DF: Ministério de Desenvolvimento Social: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2011.

CAPRISTANO, M. S. Experiência para a vida toda. *Educação à Mesa*: informativo, n. 2, p. 4, 2004.

CARNEIRO, F. F. et al. *Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, abr. 2012. pt. 1, 98 p.

CASTRO, I. R. R. *Vigilância alimentar e nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

CLARO, R. M. et al. Income, food prices, and participation of fruit and vegetables in the diet. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n.4, p.557-64, ago. 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 1., 1994, Brasília. *Relatório final*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 2., 2004, Brasília. *Relatório final*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 3., 2007, Brasília. *Relatório final*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução CNS n. 408, de 11 de dezembro de 2008. Aprova diretrizes para a promoção da alimentação saudável com impacto na reversão da epidemia de obesidade e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 mar. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (Brasil). *A construção de uma política de segurança alimentar e nutricional: texto base*. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 2., 2004, Brasília. *Relatório final*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (Brasil). *Construção do Sistema e da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: a experiência brasileira*. Brasília, DF, nov. 2009a.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (Brasil). *Exposição de motivos sobre a política nacional de alimentação e nutrição*. Brasília, DF, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (Brasil). *Princípios e diretrizes de uma política de segurança alimentar e nutricional*. Brasília, DF, 2004a.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (Brasil). *Programa de aquisição de alimentos da agricultura familiar: cinco anos: balanços e perspectivas*. Brasília, DF, 2008. Documento síntese do Seminário de avaliação do PAA.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (Brasil). *Relatório final do GT de alimentação adequada e saudável*. Brasília, DF, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (Brasil). *Segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada no Brasil: indicadores e monitoramento*. Brasília, DF, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (Brasil). *Síntese das contribuições dos encontros regionais de segurança alimentar e nutricional*. Brasília, DF, 2009.

COSTA, C. G. A. *Segurança alimentar e nutricional: significados e apropriações*. 2008. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

DREWNOWSKI, A.; DARMON, N. The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. *American Journal of Clinical Nutrition*, Bethesda, n. 82, p. 265–273, 2005.

ENCONTRO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. *Documento final do...* Brasília, DF: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2006.

FISCHLER, C. *L'hominivore*. Paris: Éditions Odile Iacola, 1993.

IBGE. *Pesquisa de orçamentos familiares, 2008-2009*. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS. *Repercussões do programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das famílias beneficiadas*. Rio de Janeiro, 2008.

IPEA. *Comunidade solidária: informe da XII reunião do Conselho: um relato das ações de governo em 1996*. Brasília, DF, 1997.

IPEA. *Comunidade solidária: informe a XIX reunião do Conselho: relatório das ações governamentais-1997*. Brasília, DF, 1998.

IPEA. *Segurança alimentar e nutricional no Brasil*. Brasília, DF, 1996.

JOSUÉ de Castro (1908-1973). In: SEMANA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA, 2012. *Cientistas do Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, 2012. Disponível em: <http://semanact.mct.gov.br/index.php/content/view/5575/Josue_de_Castro_1908_1973.html>. Acesso em: fev. 2013.

L'ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil, I: período de 1940 a 1964. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 1, n. 2, p. 87-138, 1988.

LACABANA, M.; MAINGON, T. A focalização: políticas sociais estruturalmente ajustadas. *Latin America Studies Association*, Washington, DC, 1997. Disponível em: <http://lasa.international.pitt.edu/eppolitics.htm>.

LEÃO, M. M.; CASTRO, I. R. Políticas públicas de alimentação e nutrição. In: KAC, G.; SCHIERI, R.; GIGANTE, D. (Org.). *Epidemiologia nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 519-541.

LIMA, A. L. L. et al. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 17-27, 2010.

LOPES, J. R. B. Política social: subsídios estatísticos sobre a pobreza e acesso a programas sociais no Brasil. *Revista Estudos Avançados*, São Paulo, v. 9, n. 24, p. 141-156, maio/ago. 1995.

MAGALHÃES, R. *Fome: uma releitura de Josué de Castro*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

MAGALHÃES, R. Intersetorialidade, convergência e sustentabilidade: desafios do programa Bolsa Família em Manguinhos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, 2011.

MAGALHAES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 861-868, 2009.

MALUF, R. S. Ações públicas de segurança alimentar para grupos populacionais específicos. *Polis Papers*, São Paulo, n. 7, p. 1-21, 2000. Disponível em: <http://www.polis.org.br/publicacoes_interno.asp?codigo=175>. Acesso em: 26 out. 2006.

MALUF, R. S. *Segurança alimentar e nutricional*. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011. p. 52-91. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps>>. Acesso: dez. 2012.

NATAL, J. L. A. *A questão alimentar-nutricional na política econômica (1930-1976): um vai-vem na periferia da agenda pública*. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Economia e Planejamento, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1982.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Recomendações da consulta de especialistas da Organização Pan-Americana da Saúde sobre a promoção e a publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças nas Américas*. Washington, D.C., 2012.

PELIANO, A. M. T. M. Os programas alimentares e nutricionais no contexto da recessão econômica: 1980-1984. In: CHAHAD, J. P.; CERVINI, R. (Org.). *Crise e infância no Brasil: o impacto das políticas de ajuste econômico*. São Paulo: UNICEF: IPE: USP, 1988.

PELIANO, A. M. T. M. Os programas de nutrição para mães e crianças no Brasil. In: IBGE. *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil*. Rio de Janeiro, 1992.

PELIANO, A. M. T. M. *Quem se beneficia dos programas governamentais de suplementação alimentar*. Brasília, DF: Ipea, 1990.

PELIANO, A. M. T. M.; BEGHIN, N. *Os programas de alimentação e nutrição para as crianças e adolescentes: qual o destino?* Brasília, DF: Ipea, 1992.

PINHEIRO, A. R. de O. *Análise histórica do processo de formulação da Política Nacional De Segurança Alimentar e Nutricional (2003-2006): atores, idéias, interesses e instituições na construção de consenso político*. 2009. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

PINHEIRO, A. R. O.; CARVALHO, D. B. P. 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 e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 170-183, 2008.

RECINE, E.; VASCONCELLOS, A. B. Políticas nacionais e o campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva: cenário atual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 73-79, jan. 2011.

SEN, A. Ingredients of famine analysis: availability and entitlements. *Quarterly Journal of Economics*, Boston, v. 96, n. 3, p. 433-464, Aug. 1981.

SILVA, C. A. De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 9, n. 23, p. 87-107, 1995.

VALENTE, F. L. S. *Direito humano à alimentação: desafios e conquistas*. São Paulo: Cortez, 2002.

VALENTE, F. L. S. *Inserção dos componentes de alimentação e nutrição nas políticas governamentais e na estratégia internacional de desenvolvimento*. Brasília, DF: FAO, 1996.

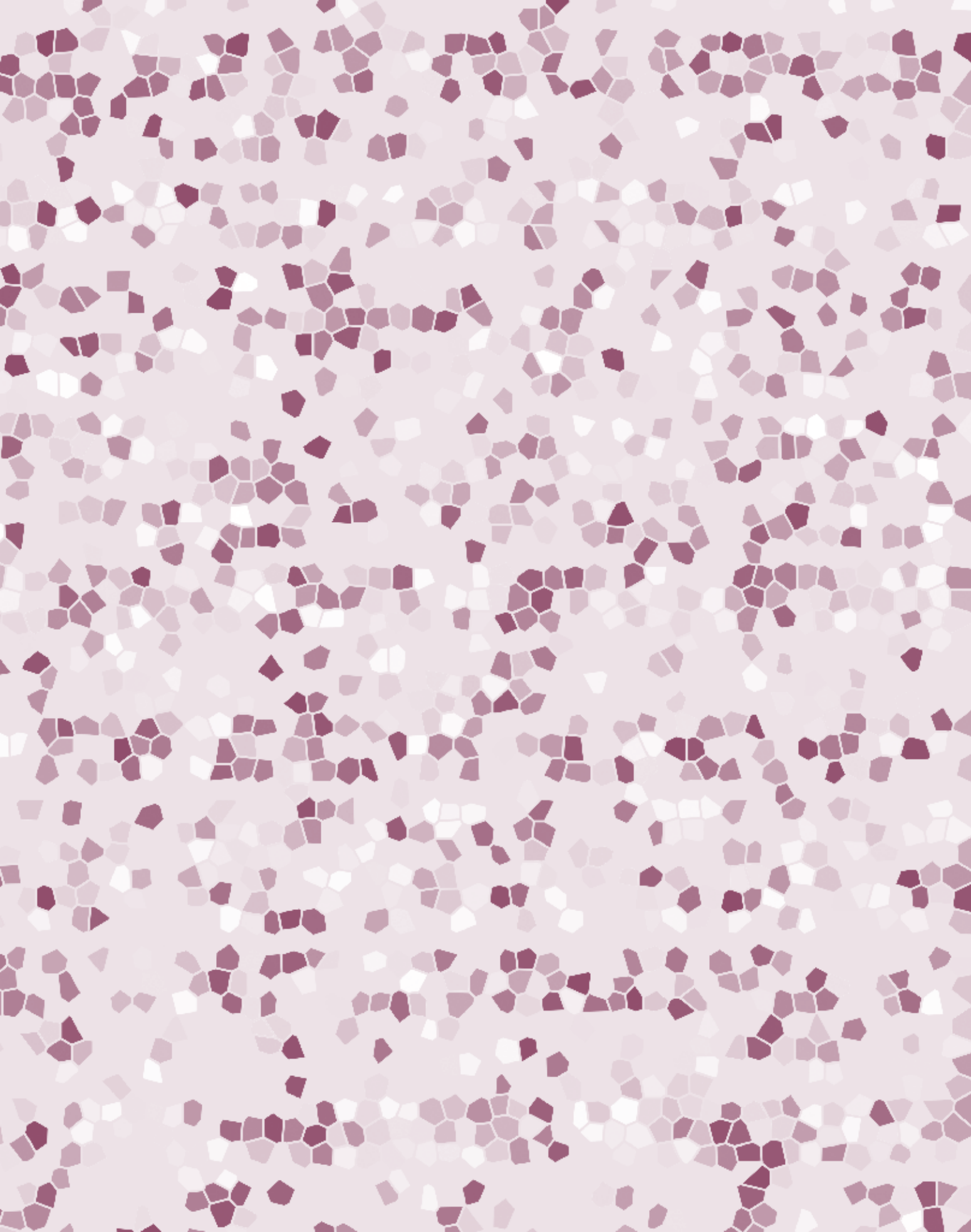
VASCONCELOS, F. A. G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 18, n. 4, p. 439-457, jul./ago. 2005.

VASCONCELOS, F. A. G. A política social de alimentação e nutrição no Brasil: acumulação de capital e reprodução da fome/desnutrição. *Revista Saúde Debate*, Londrina, v. 13, n. 23, p. 42-49, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva, 2004. Trabalho aprovado na 57th World Health Assembly, 2004.

III | Sistemas de informação em saúde, alimentação e nutrição





6. Sistemas de informação em saúde e interfaces com alimentação e nutrição

Silvia Angela Gugelmin e Denise Cavalcante de Barros

Neste capítulo trabalharemos com a informação em saúde como um elemento estratégico para a gestão. No primeiro momento discutiremos a importância do uso e disseminação das informações sobre as condições de vida de uma população para o planejamento, execução e avaliação das atividades inerentes ao setor Saúde e das políticas públicas, na perspectiva da alimentação e nutrição. E no segundo, a abordagem será focada nos sistemas de informação em saúde (SIS) em geral, sendo que sua relação com alimentação e nutrição será detalhada no capítulo sobre Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).

Ao longo deste capítulo apresentaremos diversos momentos de reflexões, sendo importante que você pense sobre cada uma das questões propostas com base em sua experiência profissional e de vida. Sugerimos que você compartilhe e discuta com os demais profissionais que atuam com você em seu trabalho, trocando ideias e construindo um conhecimento ampliado a respeito do tema.

Iniciando a conversa...

Hoje em dia grande parte de nossas ações, seja no ambiente de trabalho, seja no dia a dia, depende de sistemas de informação. Por exemplo, as mais simples ações, tais como ver o saldo bancário, pagar uma conta com cartão de crédito, até as mais complexas, como o controle do tráfego aéreo no país, necessitam de um conjunto integrado de partes que se articulam para disponibilizar informações de qualidade, ou seja, um sistema de informação (SI).



A informação assumiu um papel de destaque na sociedade globalizada, pois passou a ser considerada não mais um recurso, mas o recurso (MORESI, 2000) para o planejamento, gestão e avaliação de serviços e organizações. Segundo o autor (MORESI, 2000, p. 14) a informação é um “capital precioso”, um instrumento de gestão que fornece poder em qualquer área. Por isso, não podemos considerá-la “despolitizada” ou neutra; ela está vinculada a um determinado contexto histórico, político-social-econômico, o que possibilita usos e abusos diversos. Ao mesmo tempo em que a informação pode lhe trazer um conhecimento de grande valor, ela pode minar um trabalho construído ao longo do tempo, se usada de forma equivocada, burocrática, somente para a execução de normas institucionais.

No setor Saúde, como não poderia deixar de ser, a informação também ocupa um lugar de destaque. Com a configuração do Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década de 1980, e a reestruturação da Atenção Básica, na década de 1990, a informação tornou-se um dos princípios que rege as ações e os serviços de saúde. A legislação enfatizou a importância do “direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; e divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário” (BRASIL, 1988). Além disso, a necessidade de “indicadores gerenciais e epidemiológicos para o cumprimento das atribuições federais, estaduais e municipais” (BRANCO, 2001, p.163) e de sistemas capazes de descrever o processo saúde/doença/cuidado de uma população repercutiu diretamente no processo de produção de informação em saúde e de tomada de decisão.

Nesse cenário, encontramos as ações de alimentação e nutrição dirigidas às pessoas em risco nutricional ou em situações de vulnerabilidade social. Tais ações foram planejadas com base em informações oferecidas por inquéritos e sistemas de informação nacionais, tais como a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), entre outros.

Antes de aprofundarmos a discussão sobre sistemas de informação e suas interfaces com o campo da alimentação e nutrição, precisamos conhecer alguns conceitos básicos inerentes ao tema, as regras e a estrutura de um sistema de informação, e as características dos sistemas de informação existentes no Brasil. Assim, iniciamos nosso diálogo com a definição de sistema de informação, pois cabe aos profissionais de saúde a compreensão de todo o processo de produção, gerenciamento e divulgação de informação em saúde, a fim de tornar essa informação um dos instrumentos prioritários para fortalecimento dos princípios do SUS no âmbito de sua atuação.

Conceitos básicos

Em sua opinião, qual é a importância da informação em saúde?

No seu ambiente de trabalho, quais são as informações em saúde utilizadas para o planejamento de ações em alimentação e nutrição? Você considera essas informações adequadas? Por quê?

As informações em saúde existentes contemplam a sua concepção de informação e de saúde? Por quê?

O que é situação de saúde de uma população?

Para responder a essas questões você utilizou um conhecimento construído com base em dados e informações prévias, agregadas às experiências de vida profissional e pessoal.

Observe que essas perguntas nos remetem a valores e conceitos básicos muitas vezes esquecidos no cotidiano da atividade gerencial e das agendas decisórias – o papel do sujeito, o território, a dimensão temporal da informação são apenas alguns dos conceitos subjacentes aos sistemas de informação. Pensar que trabalhamos o tempo todo com informações sobre saúde que em sua grande parte representam a fragilidade da vida (morte), a doença e a fragmentação do indivíduo nos remete a refletir sobre as bases que sustentam o modelo assistencial de saúde vigente no país. Você consegue identificar quais são os referenciais incorporados nos sistemas de informação em saúde (SIS) existentes no Brasil?

O modelo assistencial de saúde no Brasil, os pressupostos e como se deu a organização do sistema de saúde em nosso país é apresentado neste livro, no Capítulo 1, “Antecedentes do histórico da saúde pública e da Atenção Básica” e no Capítulo 2, “O Sistema Único de Saúde”, deste livro.

Vamos pensar juntos sobre os referenciais que estão presentes em nosso cotidiano, com base nos principais conceitos relacionados ao SIS. O primeiro conceito a ser explorado diz respeito ao sistema de informação (SI), propriamente dito. Para Carvalho e Santos (1995 apud FERREIRA, 2001, p. 172), “é um todo orgânico, governado por suas leis próprias, que definem sua estrutura e seu funcionamento”. Essa é uma definição distante de nossa realidade, especialmente no que se refere ao “todo orgânico”, pois o que vemos cotidianamente são ações desarticuladas e desestruturadas. Mas, ao mesmo tempo, está muito próxima quando reconhecemos nela a racionalidade médica vigente; a construção sob a égide organicista, um conjunto de peças que se movem segundo uma determinada ordem (norma ou regra).

A Organização Mundial de Saúde, por sua vez, conceitua sistema de informação em saúde (SIS) como um “conjunto de componentes que

atuam de forma integrada, por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão de informação necessária e oportuna” (CARVALHO; SANTOS, 1995 apud FERREIRA, 2001, p. 173).

Independente da definição utilizada, observamos que para ser considerado um sistema, é necessária uma interligação entre os diversos componentes e uma estrutura básica que possibilite a produção de informações. Nesse sentido, um SIS “deve assegurar a avaliação permanente da situação de saúde da população e dos resultados das ações de saúde executadas, fornecendo elementos para, continuamente, adequar essas ações aos objetivos do SUS” (BRASIL, 1995, p. 1).

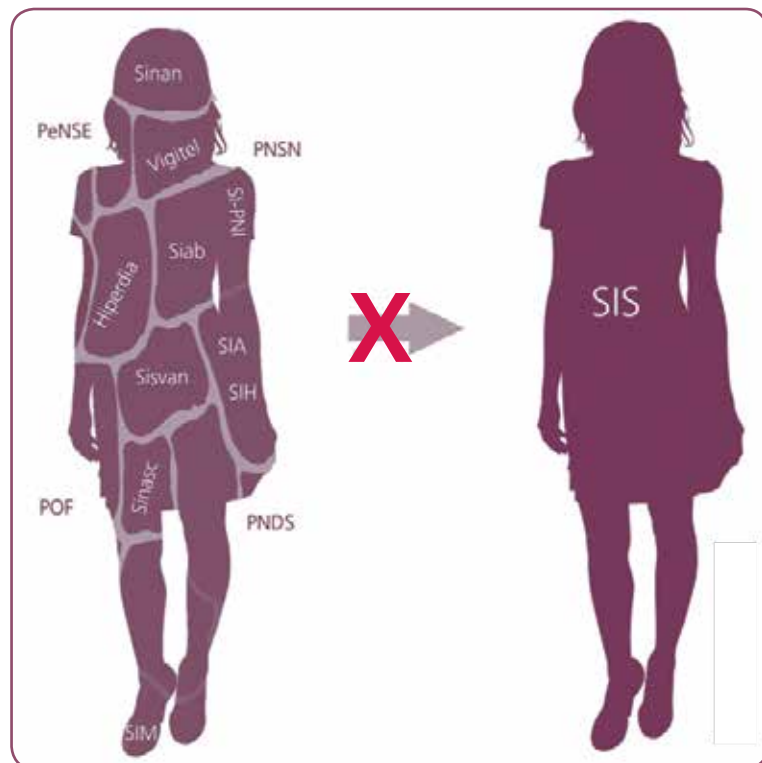
Contudo, um elemento essencial do sistema foi pouco abordado nessas definições – a pessoa, tanto no sentido profissional como do cidadão atendido pelo SUS. No caso do profissional estamos nos referindo ao indivíduo que atua alimentando o sistema, seja aquele que coletou os dados no momento da consulta, digitou no sistema, interpretou esses dados, transformando-os em informações, ou ainda aquele que selecionou as informações a serem divulgadas. São esses profissionais que mantêm o sistema funcionando, podendo fazê-lo de forma adequada ou não. Nenhum sistema pode fornecer informações de qualidade se os dados que o alimentam não forem igualmente qualificados. Isso exige um olhar aguçado e monitoração constante; por isso a necessidade de formação apropriada e contínua dos profissionais para a execução das atribuições a ele delegadas.

A segunda dimensão diz respeito ao cidadão, que contribui com suas características pessoais para as diversas bases de dados. Por exemplo, um indivíduo atendido pela Equipe de Saúde da Família, entrando possivelmente como um registro de atendimento no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab/SUS). Ele também pode ser diagnosticado com hipertensão arterial e o registro ser realizado em outro sistema de informação específico, como o Hiperdia. E, ao mesmo tempo, recebe os recursos do Programa Bolsa Família. Como então ele é registrado em cada um desses sistemas? Será que conseguimos juntar todos os dados e identificá-lo em todos os sistemas como a mesma pessoa? Temos aqui o exemplo de uma das limitações mais importantes dos SIS no Brasil, a incompatibilidade entre os sistemas, e, de certa forma, a reafirmação do modelo biomédico vigente no setor Saúde.

Apesar da discussão sobre integralidade ser predominante nos serviços de saúde, percebemos que o cidadão continua fragmentado, perde sua identidade integral e sua história dentro dos diversos sistemas de informações de saúde que, muito raramente, se intercomunicam. A pessoa

passa a ser mais um número dentro do coletivo de óbitos ou nascimentos ocorridos em um determinado local. Os dados das pessoas se tornam parciais e estáticos, reafirmando a visão biologicista e técnica do processo saúde/doença/cuidado (MORAES; GOMEZ, 2007). Uma possível representação do sujeito fragmentado em múltiplos dados nos distintos sistemas de informação em saúde pode ser observada na figura a seguir.

Figura 1 – Fragmentação da pessoa nos sistemas de informação em saúde



Fonte: Adaptado de Moi Cody (2009).

Sinasc (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos); Sisvan (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional); SI-PNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações); SIA (Sistemas Ambulatoriais e Hospitalares do SUS); Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação); SIH (Sistema de Informações Hospitalares do SUS); Siab (Sistema de Informação de Atenção Básica); SIM (Sistemas de Informação sobre Mortalidade); Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico); Hiperdia (Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos); PeNSE (Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar); POF (Pesquisa de Orçamentos Familiares); PNSN (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição); PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde).

Para refletir

Como o indivíduo tem sido considerado dentro dos sistemas de informações existentes em seu nível de atuação? Quais seriam as formas para minimizar a fragmentação deste indivíduo?

Com base na análise realizada até o momento percebemos a necessidade de ampliar a definição de SIS e, mais ainda, incorporar determinados elementos na prática cotidiana do serviço para que a informação não se perca em diversos SIS. Assim, retomamos a definição de SI agora com um olhar mais aguçado, adicionando o papel do indivíduo, seja profissional ou cidadão. Portanto, consideramos um sistema de informação como um conjunto de pessoas e facilidades tecnológicas ligadas a coleta, armazenamento, processamento de dados e divulgação de informações, a fim de manter processos operacionais, administrativos e de tomada de decisão para um determinado território e população. Inclui desde os materiais de registro (prontuários, fichas), as tabelas e gráficos produzidos com base nos dados coletados por um profissional, até a divulgação das informações para a população. O objetivo final de um SI é transformar dados em informação útil (CAMARGO JUNIOR; COELI; MORENO, 2007).

População significa, para a epidemiologia, o conjunto de habitantes de um determinado território, seja de uma região, cidade ou país e em um tempo determinado.

As duas variáveis **população** e **território** são amplamente utilizadas na análise dos dados, a fim de expressar a situação de saúde, as condições de vida e as diferenças existentes na distribuição espacial das doenças. O território é tratado nos SIS, em sua grande maioria, como algo estático, restrito e descontextualizado (MORAES; GOMEZ, 2007).

Veja o exemplo de uso desses conceitos básicos para análise de dados.

Muitas vezes conseguimos construir um coeficiente de mortalidade infantil para uma determinada região do país ou até para um município, mas não temos acesso a dados que permitam identificar a distribuição dos óbitos dentro desse município. Não sabemos se a mortalidade é maior no bairro X ou Y, ou, ainda, quais são as características geográficas desse bairro que podem estar relacionadas à maior mortalidade. Em um exemplo hipotético para uma localidade X o SIS não consegue identificar a dinâmica de seu território, ou seja, algumas características que podem ajudar a compreender um determinado evento ou situação de saúde: pode ser um município-dormitório, apresentar situações de insegurança constante, o tráfico que muitas vezes envolve os jovens e acaba por fazê-los viver à margem da vida, entre outras.

Indicadores de saúde são parâmetros utilizados para avaliar a saúde da população. Segundo Ferreira, Cassiolato e Gonzales (2009), o indicador “é uma medida, de ordem quantitativa ou qualitativa, dotada de significado particular e utilizada para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação”. São muito usados no planejamento, para acompanhar e comparar tendências da situação de saúde de diferentes grupos.

Precisamos trabalhar os **indicadores de saúde** de forma mais dinâmica, compreendendo, considerando e incorporando as características físicas, geográficas e sociais do território como um elemento-chave na determinação do processo saúde–doença–cuidado.

Não estamos afirmando que cada município deva ter seus próprios sistemas de informação, mas que há a necessidade de refletir sobre o

papel e a importância do município e/ou região nesses sistemas. Os SIS ainda não atendem às necessidades dos municípios/regiões (delineamento da situação de saúde e subsídio para tomada de decisão, entre outras) e aos princípios básicos do SUS (BRASIL, 1990), quais sejam, integralidade e descentralização. É fundamental que as três instâncias de governo discutam a concepção dos sistemas e incorporem possibilidades de desmembramentos da informação até microáreas, distritos ou setores censitários, observando, é claro, a compatibilização entre as instâncias governamentais (estado e país) e os sistemas propriamente ditos. Essa compatibilização é necessária, pois o processo de gestão exige a tomada de decisões de alta responsabilidade e relevância social, sendo importante para o processo de decisão o acesso a informações locais fidedignas.

Produção de informação em saúde e seu uso nos serviços

Ao definirmos e aprofundarmos o estudo dos conceitos que embasam a construção de um SIS refletimos sobre algumas potencialidades e fragilidades desses sistemas. Observamos que as informações são importantes quando contribuem para o processo de reflexão, avaliação e decisão sobre o modo de agir perante uma determinada situação de saúde.

Para refletir

Qual é o papel do município na produção de informação sobre a situação de saúde da população; e qual o papel da informação gerada pelos diversos SIS para subsidiar o trabalho do gestor em alimentação e nutrição?

Como mencionamos anteriormente, os SIS funcionam com base na coleta, processamento e análise de dados, de forma contínua e periódica, no intuito de produzir e divulgar informações necessárias para o gerenciamento e a avaliação das ações produzidas pelos serviços de saúde. No Brasil, grande parte dos SIS federais foram instituídos antes da implantação do SUS e em sua concepção não foram incorporados determinados preceitos e características estabelecidos pelo novo sistema de saúde, como, por exemplo, a descentralização das informações (SILVA; LAPREGA, 2005).

A exclusão do nível local no processo de decisão e planejamento em saúde; a ausência de mecanismos de avaliação e controle da qualidade dos dados produzidos; a ênfase na coleta de dados biomédicos; a defi-

nição da base de dados ser apenas da população assistida; a ausência da participação popular na geração e uso das informações; e a incompatibilidade entre os diversos sistemas de informação têm provocado dificuldades na execução de ações de alimentação e nutrição, na produção de informações sobre a realidade local (SILVA; LAPREGA, 2005) e nas atribuições para cada nível de gerência governamental.

Cada instância do governo tem sua atribuição na produção de informação dentro dos SIS. Na dimensão federal o SIS deve permitir uma visão de conjunto com abrangência nacional, na perspectiva de auxiliar o SUS na definição e formulação de políticas nacionais. Já na esfera estadual a necessidade está voltada para um conhecimento mais detalhado das condições de vida e saúde dos municípios que compõem seu território, a fim de coordenar ações e promover apoio técnico e financeiro aos mesmos (BRANCO, 2001).

Ao município coube, por muito tempo, o papel de mero coletor de dados. Contudo, essa posição precisa ser revista, pois a Lei Orgânica de Saúde prevê como competência para todas as instâncias a organização e a coordenação dos sistemas de informação em saúde. Cabe então ao município um papel muito mais amplo e complexo na consolidação e gestão dos SIS, que ultrapassa muitas vezes a capacidade técnica, administrativa e institucional de muitos municípios brasileiros.

Um dos objetivos básicos do SIS em âmbito local é a análise de uma situação que reflita tendências atuais e propicie modificações. No entanto, por vezes algumas administrações municipais podem apresentar alguma dificuldade ou pequena capacidade de análise desses dados. Isso decorre, muitas das vezes, da falta de condições de infraestrutura de informática (incluindo recursos, equipamentos e pessoal), da ausência de investimento na qualificação de recursos humanos e/ou por causa de grande quantidade de atividades que tomam a maior parte do tempo de trabalho de quem está na “ponta” do sistema (SANTOS; BARCELLOS; SOARES, 2004).

Para refletir

Como ocorre a análise dos dados no(s) município(s) que você gerencia?
Quais são as dificuldades e as potencialidades encontradas nesses espaços de atuação para a execução da etapa de análise e produção de informação?

Embora existam diversas dificuldades a serem superadas, o envolvimento dos municípios com a produção, o processamento e a análise da informação tenderia a melhorar, em muito, a qualidade e a confiabilidade dos dados, bem como a prestação de serviços e o processo de autoavaliação (BRANCO, 2001, p.167). A etapa de coleta de dados, que ocorre em nível municipal, é crucial para a produção de informações de qualidade. Por exemplo, o registro do peso de uma criança de forma equivocada, seja por descuido do profissional – anotação incorreta – ou por instrumento não calibrado, produzirá uma informação errada na classificação do estado nutricional dessa criança. Não existe processamento ou análise capaz de melhorar esse dado; ele será descartado, caso seja identificado o erro, ou será incorporado na análise, transformando a informação do conjunto em algo que não corresponderá à realidade. Isso acarretará um gasto dos recursos disponíveis (pessoas, equipamentos e financeiro) que não trará retorno ao investimento realizado pelo município (*feedback*).

Para o gestor é fundamental ter informações relevantes e adequadas que possam sustentar suas decisões, mas poucos “as têm de forma organizada e voltada para otimizar o processo decisório” (BRANCO, 2001, p. 167). Mais ainda: em geral os gestores não têm intimidade suficiente com os SIS, o que pode provocar problemas na ação gerencial e na execução de planos operacionais. Por isso, os gestores precisam conhecer o processo de produção da informação em sua totalidade, isto é:

como os SIS funcionam

de **onde** provêm os **dados**

os **tipos** de **dados** existentes

as possíveis fontes de **erros** na coleta e análise

como as **informações** podem ser
revertidas em ações de alimentação
e nutrição para melhorar as condições
de vida da população

como os **dados** são **analisados**

**qual é o resultado final, a transformação
efetiva da situação de saúde inicial**

Outra questão que merece destaque diz respeito à obtenção de informações fidedignas em tempo hábil. Para a execução de ações de vigilância em saúde é importante que o gestor receba brevemente informações atualizadas que retratem de forma objetiva e oportuna a situação de saúde de uma população, pois assim terá condições de avaliar prioridades entre as ações a serem executadas para propiciar mudanças, evitando mortes desnecessárias ou aumento de danos e agravos à saúde.

Vejamos a importância da brevidade e da qualidade das informações para a possibilidade de intervenção.

Tomemos como exemplo um surto de intoxicação alimentar em uma escola. Observamos que as informações precisam chegar rapidamente ao gestor, para que a investigação sobre a fonte de exposição seja realizada e sejam determinadas ações apropriadas para a eliminação da exposição e tratamento das pessoas acometidas.

Outro exemplo: no registro contínuo de óbitos em uma aldeia indígena, em um determinado mês o agente indígena de saúde identifica o aumento do número de mortes em crianças menores de 5 anos. Uma investigação *in loco* (que é sempre bem-vinda, quando possível de ser realizada) detectou uma situação de insegurança alimentar devido ao remanejamento dos habitantes para outro território, uma vez que na região onde residiam seria construída uma hidrelétrica. Se essas informações chegarem rapidamente nas mãos do gestor e forem agregadas a outras informações dos SIS, os atores sociais locais poderão definir ações específicas para a reversão do quadro e minimização dos efeitos.

Para caracterizar a situação de saúde de uma população utilizamos indicadores, quantitativos ou qualitativos, que foram discutidos com os diversos atores sociais locais. Para a construção dos indicadores precisamos de dados de boa qualidade e de diversos tipos, tais como de morbidade (doenças e agravos à saúde), mortalidade (óbitos e causa da morte), ambientais e de condições de vida (saneamento, renda, escolaridade), demográficos (idade, sexo, nascimentos), administrativos de serviços (recursos físicos e humanos, por exemplo, número de leitos por habitante; e produção de serviço, por exemplo, número de consultas de nutrição por população atendida).

Para refletir

Quais são os indicadores utilizados em seu ambiente de trabalho para representar a situação de alimentação e nutrição da população? Como foi o processo de eleição desses indicadores (quem definiu? Por que tais indicadores e não outros? O que eles representam?). Procure informações sobre o assunto, caso não tenha participado do processo de seleção dos indicadores.

Com a construção e a análise desses indicadores poderemos definir os perfis de necessidades e problemas, identificando uma hierarquização de prioridades (SANTOS; BARCELLOS; SOARES, 2004). Além disso, os indicadores de saúde servem para informar se o sistema de saúde está sendo eficiente e efetivo no enfrentamento dos problemas evidenciados.

Características dos bons indicadores

Para ser considerado de boa qualidade o indicador deve apresentar as seguintes características:

- Simplicidade – deve ser fácil de ser calculado.
- Validade – deve ser característica do que se deseja medir.
- Disponibilidade – deve usar dados habitualmente disponíveis ou de fácil obtenção.
- Robustez – deve ser pouco sensível às deficiências dos dados necessários à sua construção.
- Sinteticidade – deve refletir o efeito do maior número possível de fatores.
- Discriminatoriedade – deve possuir um alto poder discriminatório para vários níveis de condições de saúde e indicar alterações que ocorram com o tempo.
- Cobertura – deve referir-se, tanto quanto possível, a cada país ou território como um todo, permitindo que por meio da comparação possa-se chegar a uma avaliação.

É difícil encontrar indicadores que, isoladamente, sejam capazes de contemplar todos os atributos de qualidade acima descritos. Por isso, precisamos escolher um conjunto de indicadores que reflita nossas necessidades, ou seja, decorra das perguntas que buscamos responder e do tipo de decisão que se quer apoiar (FERREIRA, 2001, p. 182).

No processo de produção de informação, após o processamento dos dados (com as devidas correções e análises de consistência dos bancos) e a posterior interpretação das informações, juntamente com a equipe que atua no território, as informações devem ser divulgadas para a sociedade em geral, os responsáveis pela produção dos dados, os profissionais das equipes de saúde, os parceiros de outros setores locais e os responsáveis pela definição de ações e políticas públicas.

Para refletir

Como os indicadores de saúde existentes auxiliam no planejamento e na avaliação de ações em alimentação e nutrição, dentro do seu nível de atuação?

Sistemas de informação nacionais e sua inter-relação com a alimentação e a nutrição

Existem diversos SIS de abrangência nacional, com objetivos específicos e indicadores de saúde construídos com base nos dados disponíveis para cada um desses sistemas. Constantemente nos deparamos com informações sobre mortalidade infantil, prevalência de desnutrição, proporção de nascidos vivos com baixo peso, frequência de internações por diarreia, entre outros, independente da área em que atuamos no sistema de saúde. Essas informações são geradas por meio das bases de dados dos SIS, o que permite o acompanhamento da situação de saúde da população e, por conseguinte, a avaliação do SUS em todo o país. A informação é, então, fundamental para o aprimoramento da gestão do setor Saúde.

Cabe então refletirmos sobre alguns aspectos históricos e sobre a relação dos sistemas com as ações e programas de alimentação e nutrição. Precisamos pensar sobre a utilização e a integração das informações geradas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) com os demais sistemas de informação em saúde – Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), entre outros –, especialmente no que se refere ao planejamento de políticas públicas e à reorganização da assistência à saúde, inclusive no tocante ao atendimento dos indivíduos de forma integral.

Um dos primeiros sistemas de informação implantados no Brasil foi o Sistema de Informação sobre Mortalidade, em 1975 (CAMARGO JUNIOR; COELI; MORENO, 2007). Mas somente na década de 1990 houve um avanço expressivo na estruturação e na organização da área de informação no país, com a implantação de diversos sistemas que hoje utilizamos rotineiramente nos serviços de saúde. Apesar das limitações em relação à cobertura dos sistemas, qualidade dos dados, ausência de articulação entre os sistemas e a falta de variáveis, esses bancos de dados são fundamentais para a vigilância em saúde e para a avaliação de programas e serviços.

Para que os SIS sejam utilizados como ferramentas no processo gerencial e no planejamento de ações e programas de alimentação e nutrição, é imprescindível (SANTOS; BARCELLOS; SOARES, 2004):

- a boa qualidade dos registros;
- a qualificação dos profissionais que lidam com o sistema;
- a existência de protocolos de procedimentos para o fluxo das informações;
- que a informação retrate uma dada realidade, de modo a propiciar sua modificação;
- e que haja integração entre os diversos sistemas.

Sabemos que a integração entre os sistemas, em nível nacional, está longe de acontecer, mas podemos trabalhar as informações produzidas de forma mais coesa, conversando com outros setores e outras informações, tentando identificar o contexto social, político e temporal em que a informação foi produzida e buscando propostas de melhorias para a situação encontrada. Para isso é importante conhecermos um pouco mais sobre os SIS existentes no Brasil, suas características e possíveis interfaces com ações em alimentação e nutrição.

Apresentaremos a seguir uma breve descrição dos diferentes sistemas de informação, tomando como base a sistematização elaborada por Santos, Barcellos e Soares (2004), adaptando-a quando necessário para a discussão das ações em alimentação e nutrição.

Sistema de Informação sobre Mortalidade

Esse sistema utiliza o registro de um instrumento legal – a Declaração de Óbito (DO) – para gerar informações sobre as causas de óbitos e as características demográficas e sociais dos óbitos registrados. É um sistema que fornece informações sobre o perfil de mortalidade da popu-

Sub-registro representa o não registro ou a não comunicação de nascimento, óbito, doença ou agravo à saúde, ocorridos no ano de referência.

Nascido vivo é, conforme o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), todo produto da concepção que, independentemente do tempo de gestação, depois de expulso ou extraído do corpo da mãe, respire ou apresente outro sinal de vida, estando ou não desprendida a placenta.

lação brasileira. No entanto, estima-se que existam **sub-registros** de até 20%, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Por meio desse sistema é possível saber, por exemplo, que a mortalidade por motivos associados à desnutrição (doenças infecciosas, em geral) diminuiu muito nas últimas décadas. Os óbitos ocorridos entre crianças menores de 5 anos estão diretamente relacionados à situação sanitária e ao estado nutricional infantil. Em contrapartida, aumentou consideravelmente a mortalidade associada a doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como doenças cardiovasculares, diabetes, alguns tipos de câncer, ligadas à má alimentação e à obesidade.

Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) foi implantado, de forma gradual, em muitos municípios brasileiros a partir de 1990, o que permitiu conhecer as condições de nascimento no país. Esse sistema utiliza a Declaração de **Nascido Vivo** (DNV), documento cuja emissão é obrigatória no serviço de saúde, seja público ou privado, onde ocorreu o parto da criança nascida com vida.

O registro do nascimento em Cartório de Registro Civil é obrigatório e gratuito em todo o território nacional desde 1997, quando foi sancionada a Lei n. 9.534, que garantiu o direito da primeira certidão de nascimento para todo cidadão. Apesar dos avanços no registro das crianças nos últimos dez anos, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) identificou ainda, em 2006, um sub-registro acima de 20%, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.

Mais sub-registros

No ano 2000, estudos realizados pelo IBGE evidenciaram sérios problemas de sub-registros de nascimentos, atingindo aproximadamente 45% na Região Norte. Devido ao alto percentual de crianças sem registro de nascimento, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 938/GM de 20/5/2002, instituiu um novo incentivo financeiro para os hospitais ou maternidades do SUS que estabelecerem um posto de registro em seu interior para favorecer o registro civil de nascimento, antes da alta hospitalar. Um levantamento realizado pelo IBGE em 2009 mostra que o índice de sub-registro de nascimentos no Brasil caiu de 20,7% em 1999 para 8,2% em 10 anos (IBGE, 2009).

O sistema registra dados sobre as condições da criança ao nascimento, sobre a gestação (duração da gravidez, tipo de gravidez e número de

consultas pré-natais) e o parto (data e hora do nascimento, sexo, raça/cor, peso ao nascer, tipo de parto e índice de Apgar), o local do nascimento (se domiciliar, hospitalar ou outro) e as características da mãe. Apesar da tendência de melhoria do preenchimento da DNV, existe ainda um elevado número de campos preenchidos como “ignorado”. Essas informações não preenchidas fazem falta para o planejamento e para as ações mais adequadas às necessidades da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

A análise dos dados do Sinasc, em 2005, permitiu identificar que, em média, 4% das crianças brasileiras nascidas a termo apresentaram peso ao nascer abaixo do recomendado – o que acarreta maior risco de desnutrição nos primeiros anos de vida –, com diferenças importantes entre cidades, estados e regiões do território nacional (ANDRADE; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2008). Estudos têm demonstrado os efeitos tardios do baixo peso ao nascer, relacionando-os à obesidade na vida adulta (BARKER et al., 2002).

Sistema de Informação sobre Agravos Notificáveis

O Sistema de Informação sobre Agravos Notificáveis (Sinan) tem como objetivo racionalizar o processo de coleta e transferência de dados referentes a doenças e agravos de notificação compulsória. Apesar dos problemas enfrentados na sua implementação nas unidades da federação, esse sistema revela um grande potencial, principalmente na análise epidemiológica dos agravos; é uma das principais fontes de informação da vigilância epidemiológica. Assim como outros sistemas, também o Sinan possui caráter universal e responde a uma imposição legal sobre a obrigatoriedade de notificação de algumas doenças e agravos. Esse sistema é alimentado pela ficha de notificação e pela investigação dos mesmos.

O sistema tem como característica a flexibilidade, permitindo que determinados agravos que ainda não são obrigatórios pelo sistema nacional de saúde passem a ser necessariamente notificados de acordo com a especificidade local, ou seja, cada estado ou município pode incluir novos agravos que, nesses lugares, deverão ser notificados. Nessa perspectiva, insere-se a proposição de regulamentação da notificação compulsória da desnutrição infantil grave e da obesidade mórbida, como no estado de Santa Catarina, que desde 2004 instituiu a notificação da desnutrição grave em crianças menores de 5 anos. São Paulo, por sua vez, estabeleceu a obrigatoriedade da notificação compulsória da desnutrição infantil grave em 2011.

Em janeiro de 2011 o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 104 (BRASIL, 2011a), com a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória para todo o território nacional. Essa portaria também estabeleceu fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

A seleção das doenças e agravos que compõem a listagem baseia-se na magnitude da doença, potencial de disseminação, letalidade, severidade, relevância social e econômica, grau de vulnerabilidade e compromissos internacionais de erradicação, eliminação ou controle (BRASIL, 2010):

1. Acidentes por animais peçonhentos
2. Atendimento antirrábico (para pessoa que foi mordida por um animal e precisa do atendimento, mas não desenvolveu a doença)
3. Botulismo
4. Carbúnculo ou antraz
5. Cólera
6. Coqueluche
7. Dengue
8. Difteria
9. Doença de Creutzfeldt-Jakob
10. Doença meningocócica e outras meningites
11. Doença de Chagas aguda
12. Esquistossomose
13. Eventos adversos pós-vacinação
14. Febre amarela
15. Febre do Nilo ocidental
16. Febre maculosa
17. Febre tifóide
18. Hanseníase
19. Hantavirose
20. Hepatites virais
21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
22. Influenza humana por novo subtipo
23. Intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)

24. Leishmaniose tegumentar americana
25. Leishmaniose visceral
26. Leptospirose
27. Malária
28. Paralisia flácida aguda
29. Peste
30. Poliomielite
31. Raiva humana
32. Rubéola
33. Sarampo
34. Sífilis adquirida
35. Sífilis congênita
36. Sífilis em gestante
37. Síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids)
38. Síndrome da rubéola congênita
39. Síndrome do corrimento uretral masculino
40. Síndrome respiratória aguda grave associada ao Coronavírus (Sars-CoV)
41. Tétano
42. Tuberculose
43. Tularemia
44. Varíola
45. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

A subnotificação dos agravos, principalmente daqueles assistidos pela rede privada (não vinculada ao SUS), é um dos problemas verificados no sistema, gerando informações limitadas para o planejamento e a execução das ações de saúde.

Para refletir

Quais seriam as doenças ou agravos relacionados à alimentação e nutrição que poderiam ser incorporados na listagem acima? Por que você acha importante pensar na doença/agravo que escolheu como notificável?

Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Este sistema foi implantado no final da década de 1980, como sistema de pagamento de internação dos hospitais contratados pelo Ministério da Previdência. Seu documento principal de coleta de dados é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em toda a rede própria, filantrópica e privada. O sistema, que tem controle do faturamento como objetivo principal, passou a ser uma importante fonte de dados, com informações sobre morbidade (enfermidades que requerem internação, codificadas com base no Código Internacional de Doenças – CID), disponível no país.

O SIH/SUS tem ampla cobertura nacional, uma vez que abrange em torno de 70% a 80% da rede hospitalar, seja pública (federal, estadual, municipal e universitária) ou contratada (privada, filantrópica e sindical), e está totalmente informatizado, desde a entrada de dados até a geração de relatórios, o que possibilita agilidade no acesso à base de dados (SANTOS; BARCELLOS; SOARES, 2004).

Nesse sistema são registrados:

- informações sobre o paciente (nome, endereço, data de nascimento e sexo);
- procedimentos solicitados e autorizados (procedimento clínico, cirúrgico, obstétrico, diagnóstico e terapêutico, além de consultas médicas);
- data da internação;
- data da saída;
- diagnósticos principal e secundário (causas de internação classificada pelo CID);
- dados sobre o hospital.

Existem várias críticas à qualidade dos dados registrados nos formulários, pois, embora contenham algumas rotinas de tratamento de erros e a obrigatoriedade de preenchimento de alguns campos, tais rotinas não abrangem todas as variáveis, levando provavelmente ao preenchimento irregular dos diferentes campos. É importante considerar que pode haver, por exemplo, mais de uma internação de um mesmo paciente ao longo de um ano e que as internações podem apresentar causas diferentes.

Apesar de suas limitações, esse sistema pode fornecer informações importantes sobre número e motivo de internações de crianças meno-

res de 5 anos, as quais poderão subsidiar análises do estado nutricional infantil, dados produzidos pelo Sisvan. Por exemplo, em crianças menores de 5 anos frequentes internações por pneumonia ou diarreia e o tempo de internação estavam diretamente associadas à perda de peso durante a permanência no hospital (ROCHA; ROCHA; MARTINS, 2006).

Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) foi implantado em todo o território nacional em 1991, por meio da Norma Operacional Básica 01/91, tendo como principal finalidade o pagamento dos serviços executados pela rede ambulatorial. O SIA/SUS permite avaliar a produção de serviços de saúde, o acompanhamento das programações físicas e orçamentárias e das ações de saúde produzidas, gerando instrumentos de controle e avaliação do SUS.

O sistema é totalmente informatizado e tem acesso ágil à sua base de dados. No sistema, são registrados dados de identificação da unidade de saúde e os procedimentos adotados (consulta, exames e especialidade médica ou não médica). As informações produzidas referem-se unicamente às unidades de saúde vinculadas ao SUS. Não é registrada e armazenada grande parte dos dados individuais de atendimentos, impossibilitando a avaliação da assistência prestada a cada paciente, ao contrário do SIH/SUS, e sua aplicação direta no levantamento do perfil de morbidade da população atendida. É um sistema especialmente útil para a análise de indicadores operacionais.

Em uma tentativa de começar a dar conta dessas impossibilidades, outras rotinas foram desenvolvidas para o aperfeiçoamento do SIA/SUS. Dentre elas encontra-se a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (Apac), na qual são registrados os procedimentos de diagnóstico e tratamento dos portadores de doença renal crônica, câncer e outras doenças de alta complexidade. Nessa parte do sistema, a unidade de registro passa a ser a pessoa.

Sistema de Informação da Atenção Básica

Além dos cinco principais sistemas de informação, destacamos o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), que não possui abrangência nacional, mas é utilizado nos municípios onde existe o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), ou somente um deles.

Ele foi implantado em 1998, como instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde. Incorporou conceitos como território e responsabilidade sanitária, o que trouxe avanços para o sistema de informação, no que diz respeito a (BRASIL, 2011b):

- microespacialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções;
- utilização mais ágil e oportuna da informação;
- produção de indicadores capazes de incluir todo o ciclo de organização das ações de saúde;
- consolidação progressiva da informação, desde níveis menos agregados até os mais agregados.

O Siab é alimentado mensalmente com dados sobre as famílias da área de abrangência das equipes de saúde, incluindo condições de moradia e saneamento (cadastro da família), situação de saúde, e também contendo dados sobre a produção e a composição das equipes (acompanhamento de grupos de risco e registro de atividades, procedimento e notificações). Sua gestão é executada pela Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação, do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde (CGAA/DAB/SAS).

Como instrumento dos sistemas locais de saúde, ele deve ser aprimorado, pois suas informações só geram relatórios consolidados por microárea sob a responsabilidade do agente de saúde, não possibilitando o resgate das informações desagregadas por família. É importante considerar a cobertura em cada município, pois ela é extremamente variável, devido à implantação de novas equipes no decorrer do tempo. Além disso, ao utilizarmos as informações sobre mortalidade devemos considerar a possibilidade de haver superestimativa, em função do registro inadequado por equívocos conceituais relacionados ao óbito infantil. Por exemplo, óbitos fetais e de crianças com mais de 1 ano considerados como óbitos em menores de 1 ano, ou óbitos de não residentes ou ocorridos em ano diferente daquele registrado (FRIAS et al., 2012). Apesar disso, nas localidades onde o sub-registro de óbitos infantis é muito alto, o Siab vem sendo considerado como fonte alternativa para a estimativa de mortalidade infantil.

Resumo dos sistemas de informação apresentados

Com o objetivo de sistematizar algumas informações importantes sobre os sistemas apresentados nesse módulo construímos o Quadro 1, no

qual estão descritas as características referentes a unidade de registro, a unidade territorial mínima de análise, a instrumento de coleta utilizado em cada sistema, a possíveis indicadores a serem construídos e a principal utilização de cada sistema.

Quadro 1 – Principais características de sistemas de informação em saúde apresentados neste módulo

Sistemas de Informação/ características	SIM	Sinasc	Sinan	SIH/SUS	SIA/SUS	Siab
Unidade de registro	Óbitos	Nascidos vivos	Ocorrência de agravos notificáveis	Internações hospitalares pagas pelo SUS	Atendimento ambulatorial pago pelo SUS	Acompanhamento de Família/Indivíduo
Unidade territorial mínima	Município	Município	Município	Município	Município	Microárea
Documento básico	Declaração de óbito	Declaração de nascido vivo	Fichas individuais de notificação e de investigação	Autorização de internação hospitalar	Boletim de serviços produzidos	Fichas A, B, C e D
Utilização	Vigilância Planejamento Avaliação	Vigilância Planejamento Avaliação	Vigilância Planejamento Avaliação	Vigilância Planejamento Avaliação Controle Auditoria	Planejamento Avaliação Controle Auditoria	Vigilância Planejamento Avaliação
Indicadores	Mortalidade geral Mortalidade proporcional por motivo ou faixa etária Mortalidade infantil Mortalidade materna	Proporção de NV de baixo peso Proporção de NV prematuro Proporção de NV de mãe adolescente	Taxa de incidência de agravos Taxa de prevalência de agravos Taxa de letalidade de agravos	Frequência de internações Frequência de causas de internações	Frequência de atendimentos ambulatoriais Frequência de procedimentos	Condições de moradia e saneamento Frequência de atendimentos Frequência de agravos como hipertensão, diabetes, tuberculose

Fonte: Adaptado de Santos, Barcellos e Soares (2004).

Os documentos básicos utilizados pelo Siab são compostos por fichas e relatórios produzidos pelo próprio sistema. Cada ficha tem uma finalidade, descrita de modo simplificado por Silva e Laprega (2005):

- Ficha A – cadastro familiar que contém dados básicos de características socioeconômicas, de saúde (morbidade referida) e moradia das famílias e seus indivíduos.
- Ficha B – acompanhamento domiciliar de grupos prioritários, como: gestantes, diabéticos, hipertensos, tuberculosos. Geralmente é utilizada pelos ACS.

- Ficha C – acompanhamento das condições de saúde e seguimento médico de crianças menores de 2 anos, sendo o próprio Cartão da Criança fornecido pelo Ministério da Saúde.
- Ficha D – registro das atividades diárias (consultas, solicitação de exames complementares, encaminhamentos) e de notificação de algumas doenças (por exemplo: pneumonia em menores de 5 anos). É utilizada por toda a equipe do Programa Saúde da Família (PSF). ■



Para saber mais

Encontre as informações divulgadas pelo Ministério da Saúde na página eletrônica do Departamento de Informática do SUS (Datasus): <http://www.datasus.gov.br>.



Para saber mais

Visite as páginas da Rede Nacional de Informação em Saúde (RNIS), em www.datasus.gov.br/rnis/datasus.htm, e da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa), em www.ripsa.org.br/.

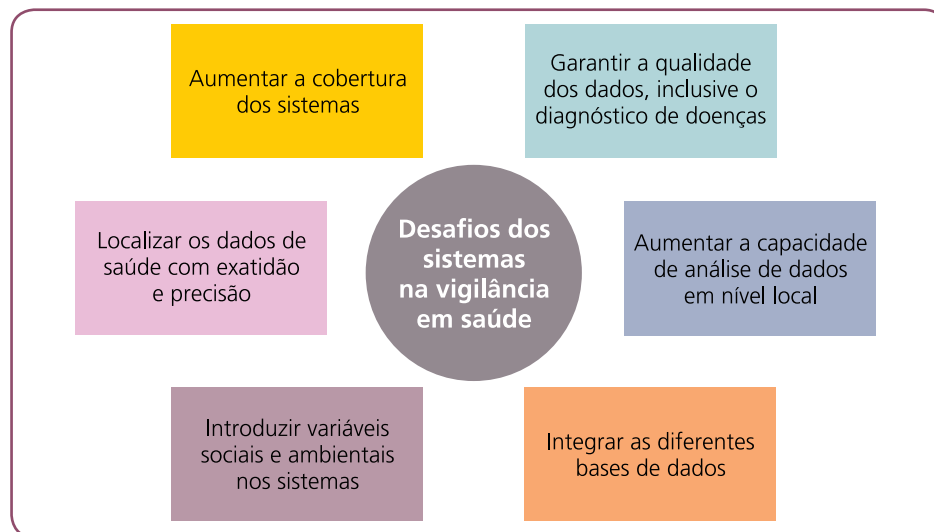
Cada um desses sistemas gera grandes bases de dados nacionais, que têm diferentes histórias e se prestam a finalidades diversas – portanto, possuem especificidades no que diz respeito à sua confiabilidade, representatividade e oportunidade. Esse conjunto de características deve ser considerado quando selecionamos ou avaliamos indicadores de saúde (CARVALHO, 1997). Muitas informações passaram a ser divulgadas e disseminadas pelo Ministério da Saúde com base nesses registros primários.

Ao mesmo tempo, por meio do Datasus, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), o Ministério da Saúde vem fortalecendo as grandes bases de dados nacionais, na tentativa de estabelecer padrões que permitam compatibilizar os diferentes sistemas e de transformar sistemas que eram processados somente no âmbito federal em sistemas de base municipal. A **Rede Nacional de Informação em Saúde (RNIS)** busca desenvolver a capacidade informacional, em todos os níveis, para a operação dos sistemas de informação. A articulação entre as instituições responsáveis pela produção de indicadores e de dados básicos em saúde tem sido realizada pela **Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa)**, que tem como objetivo analisar a situação de saúde e suas tendências.

O acesso a essas informações geradas pela Ripsa permitiu identificar problemas relacionados à qualidade dos dados. No caso do SIM, apesar da obrigatoriedade de preenchimento do atestado de óbito, o sub-registro elevado em algumas áreas do país torna muito difícil sua utilização na construção de indicadores básicos como, por exemplo, o coeficiente de mortalidade infantil. Em contrapartida, os sistemas com base na produtividade dos serviços (SIH e SIA/SUS) tendem a superestimar a frequência de procedimentos mais caros. Além disso, a separação entre sistemas de informações provenientes de dados da assistência daqueles relacionados à vigilância epidemiológica, e a diversidade de órgãos responsáveis pela produção dos dados podem gerar duplicidade de informações, com aumento de custos de captação, geração, manutenção e armazenamento das informações (LIMA et al., 2009).

Os sistemas têm muitos aspectos positivos que devem ser explorados, no sentido de desenvolver mecanismos capazes de melhorar sua utilização na análise da situação de saúde, contornando-se as suas deficiências. Lima et al. (2009) discorrem sobre os principais desafios para a utilização desses sistemas na vigilância em saúde. Entre eles encontram-se os apresentados na figura a seguir.

Figura 2 – Desafios a serem superados para a utilização dos sistemas de informação na vigilância em saúde



Fonte: Adaptado de Lima et al. (2009).

Outros sistemas de informação

O Ministério da Saúde ainda conta com outros sistemas de informação, dentre os quais:

- o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), que possui dados sobre a cobertura vacinal de rotina e está implantado em todos os municípios brasileiros;
- o Cadastro de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), criado em 2002 com o objetivo de gerar informações para a aquisição e distribuição de medicamentos aos pacientes cadastrados, possibilitando o planejamento da atenção à saúde para esses pacientes;
- o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), cujo propósito é acompanhar a saúde dos povos indígenas no que se refere a óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infraestrutura;

A discussão sobre o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, sua concepção e consolidação no Brasil, será realizada no próximo capítulo deste livro.

- o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), utilizado como instrumento de coleta de informações contínuas sobre as condições nutricionais da população e dos fatores que as influenciam.

Entre os sistemas de informação do Governo Federal existe o Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (PBF), específico para acompanhar as famílias e registrar as condicionalidades das crianças menores de 7 anos e das mulheres entre 14 a 44 anos do programa, gestantes ou não. As informações são registradas no Mapa de Acompanhamento do Bolsa Família uma vez por semestre, no período de cada vigência do programa.

Lembra-se de quando mencionamos a fragmentação da pessoa nos sistemas de informação existentes?

O Programa Bolsa Família foi instituído em 2004, como uma estratégia de transferência de renda para famílias de baixa renda. Esse programa foi discutido com mais detalhes no Capítulo 5, “Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil”, deste livro.

A integração que tem ocorrido entre o Sisvan e o Programa Bolsa Família (PBF) é um exemplo de articulação de informações sobre um mesmo indivíduo. Os dados de estado nutricional inseridos nesse sistema são automaticamente enviados para o Sisvan Web e podem ser acessados pelo município.

Da mesma forma, podemos citar a iniciativa do Ministério da Saúde, desde 2001, em implantar o registro eletrônico dos cidadãos por meio do Cartão Nacional de Saúde. A proposta dessa ação é facilitar a organização da rede de serviços de saúde e acessar o histórico de atendimentos dos usuários no SUS, podendo se tornar no futuro um elemento importante para a produção de informação relacionada ao processo de adoecimento, itinerário terapêutico e tratamento da pessoa que procura o sistema de saúde.

Além das informações dos sistemas do setor Saúde, existem diversas bases de dados que possuem informações sobre a população e sobre o ambiente. Entre elas, destacam-se as disponibilizadas pelo IBGE, principalmente as do Censo Demográfico, que possui diversas informações socioambientais e servem de referência para os contingentes populacionais. Também a Pesquisa Brasileira por Amostragem de Domicílios (Pnad) e a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) são pesquisas que podem ser utilizadas para a análise das condições de vida e de situação de saúde da população, mas limitadas a escalas menores do que municípios.

Desde 2006 a SAS e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), contando com o suporte técnico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (Nupens/USP), vêm desenvolvendo em todas as capitais dos 26 estados

brasileiros e no Distrito Federal o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel), por inquérito telefônico. O Vigitel compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco de DCNT do Ministério da Saúde e, conjuntamente com outros inquéritos, como os domiciliares e em populações escolares (Pense), vem ampliando o conhecimento sobre as DCNTs no país.

Considerações finais

A informação em saúde no contexto dos serviços é fundamental para o conhecimento epidemiológico e para os processos de gestão. No entanto, observamos ainda baixo uso na gestão da saúde e na formulação de políticas, programas e ações, especialmente no campo da alimentação e nutrição.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), parte integrante da Política Nacional de Saúde, reafirmou a necessidade do acompanhamento do estado nutricional e da alimentação adequada da população como um direito humano. Construir um Sisvan que alcance seu real propósito de prover as informações e retornar de imediato com ações dirigidas às pessoas em risco nutricional e, além disso, utilizar essas informações de forma integrada aos demais sistemas de informação em saúde, no planejamento de políticas públicas e na reorganização da assistência integral à saúde, não é tarefa trivial. Um sistema de informação em saúde precisa oferecer respostas adequadas à gestão, que possibilitem o estabelecimento de prioridades, a tomada de decisões e a avaliação dos resultados.

É importante lembrar que a informação gerada pelos serviços de saúde é um bem coletivo e, portanto, existe a necessidade de assegurar o acesso universal a ela.

Referências

ANDRADE, C. L. T.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Baixo peso ao nascer no Brasil de acordo com as informações sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde, 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2564-2572, 2008.

BARKER, D. J. et al. Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. *International Journal of Epidemiology*, London, n. 31, p. 1235-1239, 2002.

BRANCO, M. A. F. Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Brasília, DF, 2001. p. 163-169.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final Grupo de Trabalho criado pela Portaria MS n. 1.311 de 14 de julho de 1995. Mimeo.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 3, de 4 de janeiro de 1996. Cria a Comissão de Informação e Informatização do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 jan. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jan. 2011a. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica*: SIAB. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>>. Acesso em: 27 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias*: guia de bolso. 8. ed. Brasília, DF, 2010.

CAMARGO JUNIOR, K. R.; COELI, C. M.; MORENO, A. B. Informação e avaliação em saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. N. M. *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.

CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 9, n. 4, p. 7-45, 1997.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. *Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas*: o modelo lógico do programa Segundo Tempo. Rio de Janeiro: IPEA, 2009.

FERREIRA, S. M. G. Sistema de informação em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Brasília, DF, 2001. p.171-191.

FRIAS, P. G. et al. Avaliação da notificação de óbitos de menores de um ano ao Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 12, n. 1, p. 15-25, 2012.

IBGE. *Indicadores sócio demográficos e de saúde no Brasil*, 2009. Rio de Janeiro, 2009.

LIMA, C. R. A. et al. Departamento de Informática do SUS: DATASUS: a experiência de disseminação de informações em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*, v. 1: produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil. Brasília, DF, 2009. p. 109-128.

MORAES, I. H. S. D.; GOMEZ, M. N. G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007.

MORESI, E. A. D. Delineando o valor do sistema de informação de uma organização. *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v. 29, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2000.

ROCHA, G. A.; ROCHA, E. J. M.; MARTINS, C. V. Hospitalização: efeito sobre o estado nutricional em crianças. *Jornal de Pediatría*, Rio de Janeiro, v. 82, n. 1, p. 70-74, 2006.

SANTOS, S. M.; BARCELLOS, C.; SOARES, M. F. Informação e diagnóstico de situação de saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Proformar*. Rio de Janeiro, 2004. Módulo 5, texto 2.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, nov./dez. 2005.

TURBAN, E.; RAINER, R. K.; POTTER, R. E. *Administração de tecnologia da informação: teoria e prática*. 3. ed. São Paulo: Campus, 2005.

7. Sistemas de informação e a vigilância alimentar e nutricional no Brasil

Denise Cavalcante de Barros, Denise Oliveira e Silva e Silvia Angela Gugelmin

Neste capítulo apresentaremos a história dos sistemas de informação e a vigilância alimentar e nutricional no Brasil traçando sua trajetória internacional e desdobramentos nas políticas de alimentação e nutrição implementadas no Brasil nos últimos anos, que culminam com a implantação do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). E também faremos algumas considerações sobre a Atitude de Vigilância, uma postura profissional de grande importância para todos aqueles que pretendem construir um Sisvan de fato.

Conceito do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Na rotina de um serviço de saúde as pessoas são acompanhadas clinicamente de acordo com os recursos disponíveis na realidade local. O atendimento é voltado para a investigação dos sinais e sintomas de uma determinada doença, o que firma um diagnóstico e, posteriormente, um tratamento – é o **diagnóstico clínico**. O conhecimento individual do paciente torna-se fundamental para melhorar a assistência, torná-la mais eficaz. Mas, conhecer o paciente e seu problema não significa que conhecemos a realidade de toda a clientela do serviço. Para afirmarmos que conhecemos a realidade de nossa clientela precisamos desenvolver uma sequência organizada de procedimentos, o que chamamos de **diagnóstico coletivo**.

O diagnóstico coletivo tem por objetivo conhecer como se apresenta um determinado problema na população para propor medidas, sejam políticas e/ou ações eficazes, para todos ou para grupos de interesse.

O tema diagnóstico coletivo foi discutido no Capítulo 3, “Determinantes de saúde e nutrição da população brasileira”.



No nosso caso, empreender um diagnóstico nutricional coletivo é **uma das etapas** para melhorar a efetividade do conjunto de ações de saúde.

Mas, como devemos proceder para transformar essas informações em ações efetivas? Esse é um dos papéis do Sisvan.

O que é o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional?

O Sisvan

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional é um sistema de coleta, processamento e análise contínua de dados de uma população, possibilitando um diagnóstico atualizado da situação nutricional, suas tendências temporais e também dos fatores de sua determinação. O diagnóstico contribui para que se conheça a natureza e a magnitude dos problemas de nutrição, caracterizando, assim, os grupos sociais de risco, dando subsídios para a formulação de políticas e o estabelecimento de programas e intervenções (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1984, 1989).

Essa concepção é fundamentada na proposição internacional que pressupõe um sistema capaz de obter informações de fatores relevantes que compõem a rede de determinação do estado nutricional e da situação alimentar e nutricional da população. Para melhor compreensão desse conceito, veremos separadamente cada uma das suas quatro ideias principais (PROGRAMA DE APOIO À REFORMA SANITÁRIA, 1993):

- **Sistema** – supõe uma organização ou rede de organizações com atividades padronizadas, complementares ou interdependentes e com tarefas definidas, tendo o papel de receber dados, armazená-los, transformá-los em informação e devolver à sociedade os resultados, por intermédio de ações de promoção à saúde e prevenção e cura de doenças. Priorizando essas ações, o sistema possibilita a identificação de grupos de risco e se utiliza dos resultados para sua retroalimentação.
- **Vigilância** – engloba quaisquer atividades continuadas e rotineiras de observação, coleta, análise de dados e disseminação da informação.
- **Alimentar** – envolve aspectos que vão desde a produção até a comercialização e acesso aos alimentos.

■ **Nutricional** – abarca o estado nutricional propriamente dito, ou seja, o resultado, em última análise, da ingestão de alimentos e de sua utilização biológica.

Podemos dizer que a proposta do Sisvan está embasada nesse processo de determinação do estado nutricional, do consumo alimentar e da **intersetorialidade**.

O tema intersetorialidade foi discutido no Capítulo 5 deste livro, “Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil”.

Vamos continuar a discussão do conceito do Sisvan, conhecendo um pouco da trajetória dessa proposta no mundo e no Brasil. Ao final, a ideia é a de que possamos chegar juntos à compreensão de um conceito peculiar à realidade brasileira.

Histórico do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Faremos um breve relato do surgimento da proposta do Sisvan, situando-o historicamente e sistematizando sua evolução ao longo dos anos e na atual conjuntura, em âmbito internacional. Depois, faremos uma revisão da história dessa proposta no Brasil, articulando-a com políticas sociais de alimentação e nutrição implementadas nas últimas décadas.

O surgimento do Sisvan no mundo

Nos dias de hoje, informações atualizadas, importantes e fidedignas são fundamentais para o acompanhamento dos fatos e tendências no mundo. Com o desenvolvimento tecnológico crescente e o uso de recursos da informática, o uso da informação tem sido cada vez maior e de grande utilidade para a tomada de decisões, seja no campo do entretenimento e vivência, seja no campo econômico, social e administrativo.

Nos primórdios do século XVI já se realizava a coleta de informações estatísticas sobre as características da população, e as fontes de informações foram sendo ampliadas e institucionalizadas no decorrer dos séculos. Nessa trajetória, a informação sistematizada é assumida pela comunidade científica como uma estratégia privilegiada de análise e encaminhamento de questões sociais, tanto para instituições públicas e privadas quanto para melhor compreensão dos movimentos sociais.

No que se refere ao campo da saúde, alguns sistemas de informações vêm sendo desenvolvidos e implantados como um instrumento de conhecimento e diagnóstico da realidade de atenção à saúde prestada, de forma a indicar as medidas a serem aplicadas.

O tema sistema de informação foi discutido no Capítulo 6, “Sistemas de informação em saúde e interfaces com a alimentação e nutrição”.

Dentro desse contexto, o papel da informação é reconhecido de forma crescente no mundo. Os sistemas de informações possibilitam monitorar a problemática alimentar e nutricional agravada pela crise econômica mundial, que afeta com maior intensidade os países menos desenvolvidos. Portanto, é fundamental que as informações geradas por esses sistemas sejam confiáveis e abrangentes.

O Sisvan surge na década de 1970, como uma proposta concreta que possibilitasse o conhecimento da situação nutricional e alimentar e seus determinantes da população mundial, cuja implantação vem sendo preconizada pelos organismos internacionais durante os últimos trinta anos.

É na Conferência Mundial de Alimentação, realizada em Roma, em 1974, que fica estabelecido como prioridade conhecer a situação alimentar e nutricional dos povos, bem como considerar esse assunto como algo a ser tratado por vários setores como agricultura, economia e saúde. A melhoria da qualidade de vida da população é reconhecida por todos como condição fundamental para a implementação do desenvolvimento econômico e social dos países, não devendo, assim, ser responsabilidade exclusiva de apenas um setor (CONFERENCIA MUNDIAL DE LOS ALIMENTOS, 1974). É premente a necessidade do uso de um sistema contínuo de informações, com capacidade de monitorar a produção, a armazenagem, a distribuição e o consumo de alimentos, bem como capaz de fornecer dados relativos ao estado nutricional e de saúde da população.

Vejamos como Castro (1995) identifica algumas questões que ajudam a compreender melhor o contexto da implantação do Sisvan no mundo. Em primeiro lugar, o crescente desejo acadêmico de conhecer mais sobre as necessidades nutricionais e o perfil nutricional das populações, tendências e determinantes da desnutrição, resultou no surgimento de centros de pesquisas na área. Em segundo lugar, a crise econômica mundial – com consequentes políticas de ajuste econômico, desemprego e baixos salários, problemas na produção e escassez de alimentos – levou os governos a realizarem uma série de políticas sociais compensatórias, com vistas a melhorar o acesso ao alimento.

A partir de 1976, os países em desenvolvimento empenharam-se em estabelecer o Sisvan, em um esforço de melhorar o estado nutricional de suas populações. Nos dias atuais na América Latina, 18 países estão envolvidos na proposta, sendo que em cada um deles ela foi desenvolvida com uma série de diferenças, buscando, assim, as realidades internas.

Em 1975, a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) reúnem um comitê de especialistas para elaborar um relatório sistematizando os procedimentos possíveis para a criação, estruturação e operacionalização do Sisvan. Esse documento recomendava a vigilância nutricional para todos os países, porém ressaltou a urgência de sua implantação em países não desenvolvidos. Isso porque, nestes, a oferta de alimentos e o estado nutricional de grupos vulneráveis (crianças, gestantes, idosos) eram mais precários, além da possibilidade de possuírem áreas de desnutrição endêmica (CASTRO, 1995).

A maior parte desses países priorizou o grupo para o Sisvan das crianças até 5 anos de idade; alguns incluíram as gestantes, escolares e adultos em suas experiências. A saúde foi o setor que apareceu, em quase todos os países, como o responsável pela viabilização da proposta e, em alguns, a **intersetorialidade** aconteceu com a participação dos ministérios da Agricultura, Educação, Economia e Bem-Estar Social.

Em sua trajetória, o Sisvan, principalmente nos países em desenvolvimento, vem acompanhado por uma série de conferências, tendo como a mais importante delas a de **Alma-Ata**, realizada em 1978. Esta recomendava a universalização das ações básicas de saúde para as crianças menores de 5 anos de idade – vigilância do crescimento e desenvolvimento, promoção do aleitamento materno, controle das doenças imunopreveníveis, combate à diarreia e uso da terapia de reidratação oral, e controle das infecções respiratórias agudas (INTERNATIONAL CONFERENCE OF PRIMARY HEALTH CARE, 1978).

A conferência de Alma-Ata é apresentada com mais detalhes no Capítulo 1, “Antecedentes do histórico da saúde pública e da Atenção Básica”, neste livro.

Outro evento importante foi a Conferência de Cúpula de Nova York (UNICEF, 1990), na qual os países se comprometeram a alcançar saúde para todos no ano 2000. O objetivo era reverter, substancialmente, o quadro de doenças evitáveis e promover a qualidade de vida da população, dentro de uma nova ética de desenvolvimento político e social. As metas voltadas para a área de nutrição foram: a redução da desnutrição energético-proteica nas crianças menores de 5 anos, a redução do nascimento de crianças com baixo peso, a redução da anemia ferropriva nas mulheres em idade fértil, a eliminação de doenças causadas pela falta de iodo e a eliminação da carência de vitamina A e suas consequências.

Em 1992, aconteceu a Conferência Internacional de Nutrição (1992), que assumiu o compromisso de voltar esforços para eliminar, até o ano 2000, a fome e as mortes por fome. Foi reconhecido que o acesso à alimentação nutricionalmente adequada e saudável é um direito de cada indivíduo e que há alimentos suficientes para todos, existindo apenas um acesso desigual a eles. Essa conferência investiu na elaboração de um plano de ação que, por intermédio do Sisvan, previu atividades de avaliação e de acompanhamento de situações nutricionais, com o objetivo de ser um instrumento facilitador para a efetivação dos compromissos.

Apesar do reconhecimento de que a fome precisava ser eliminada e de todos os esforços realizados durante anos, observamos que no Encontro da Cúpula Mundial de Alimentação, ocorrido em Roma em 1996, o tema ainda permanecia em pauta. Entre os compromissos assumidos pelos 186 países participantes estava a vontade política de acabar com a fome no mundo, por meio da implementação de políticas cujo objetivo

No âmbito internacional o Sisvan surgiu devido a crises econômicas e à necessidade de conhecer a situação nutricional da população, e a intersetorialidade se fez presente na consolidação do sistema em diversos países.

fosse a erradicação da pobreza e da desigualdade e a melhoria para o acesso físico e econômico a alimentos suficientes. Para isso os governos, em colaboração com os agentes da sociedade civil, assumiram o objetivo de desenvolver e atualizar periodicamente um sistema de informação sobre as áreas e as populações mais afetadas ou em risco de fome e desnutrição, bem como sobre os fatores que conduzem à insegurança alimentar. O Encontro reafirmou a necessidade de usar os dados e sistemas de informações já existentes, de modo a evitar a duplicação de esforços (WORLD FOOD SUMMIT, 1996).

Como evoluiu o Sisvan no Brasil?

Em 1972, foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan), cujo papel era formular e efetivar uma política na área de Alimentação e Nutrição para o país (L'ABBATE, 1988). O órgão teve importante participação na estrutura do Sisvan em nível nacional (BRASIL, 1996a).

No I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan), a partir de 1974, definiram-se as bases para uma política alimentar e nutricional, e no II Pronan, em 1976, teve-se a primeira tentativa de implantação do Sisvan, por intermédio do Inan, porém não houve desdobramentos e a proposta não foi concretizada (PROGRAMA DE APOIO À REFORMA SANITÁRIA, 1993). As razões para isso estiveram relacionadas a uma proposição complexa, o que, segundo Kruse (2006, p. 2),

tornou-se inoperável em face da precariedade das condições e disponibilidades das estruturas de saúde, da dificuldade de conseguir a participação multisetorial, da dependência de recursos de fontes externas ao setor saúde e da ausência de interligação efetiva ao sistema de informação em saúde.



Para saber mais

Para conhecer melhor essas experiências inovadoras, consultar a página eletrônica da Rede de Nutrição do Sistema Único de Saúde - RedeNutri (http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-view_articles.php).

As primeiras experiências de implementação do Sisvan ocorreram em Pernambuco e na Paraíba no início da década de 1980 e foram importantes para avaliar sua potencialidade. O resultado levou a um longo debate sobre sua viabilidade e orientou diversas propostas, que vieram a cabo nas décadas de 1980 e 1990, contribuindo para o conhecimento e o amadurecimento da proposta no Brasil (BRASIL, 1996a).

Isso ocorreu em um período especialmente importante para o país, porque estavam sendo divulgados os resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), em 1989, apontando que os recursos dos programas de suplementação alimentar não foram direcionados à população de baixo poder aquisitivo, para prevenção de doenças e agravos nutricionais. Havia manipulação político-eleitoreira, clientelismo e supervalorização de operações burocráticas, o que propiciou desvio e

corrupção na compra dos produtos, não exercendo, portanto, mudança da situação nutricional e alimentar. As recomendações apontavam para descentralização das atividades e para melhor alocação dos recursos, para garantir maior efetividade de recursos públicos (CASTRO, 1995).

É com a Lei n. 8.080 (BRASIL, 1990a) que a vigilância alimentar e nutricional é normatizada no âmbito do SUS e que a proposta do Sisvan inicia sua consolidação no setor saúde no Brasil. Ela foi ratificada pela publicação da Portaria n. 080-P (INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 1990) do Ministério da Saúde/Lei Orgânica do SUS, em que é estabelecido o monitoramento do perfil nutricional e alimentar.

A partir dessa legislação, o Sistema foi estimulado, mas sua implantação ocorria em função do grau de amadurecimento político-técnico da gestão municipal e estadual e do apoio que o antigo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan) poderia oferecer.

Os anos de 1990 foram marcados pelo surgimento de inúmeros movimentos sociais e pelo enfraquecimento político e institucional do Inan. Foi crescente o número de movimentos que priorizaram a questão alimentar e nutricional, tanto por iniciativa da sociedade civil e das Organizações Não Governamentais (ONGs), quanto das instituições governamentais.

Destaca-se a criação, em maio de 1991, da Comissão Parlamentar de Inquérito da Fome, que foi amplamente conhecida como a CPI da Fome. A Comissão elaborou um relatório com conclusões e recomendações para erradicar a fome e as ameaças à segurança alimentar, desdobrando-se em um grande e conhecido movimento de mobilização nacional, o Movimento de Combate à Fome, à Miséria e pela Vida.

O movimento levou à criação de um Conselho Nacional de Segurança Alimentar (Consea), que estimulou várias iniciativas de mapeamento da fome no país, como a elaboração do Mapa da Fome, por intermédio do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (Ipea) e a formulação de um Plano de Combate à Fome e à Miséria (BONFIM, 2004).

Dessa última iniciativa, como desdobramento de uma medida emergencial de combate à fome, surgiu o Programa de Atendimento a Crianças Desnutridas e Gestantes de Risco Nutricional – Leite é Saúde (PLS). O Programa era direcionado ao atendimento de crianças entre 6 meses e 2 anos de idade, seus contatos familiares e gestantes sob risco nutricional, e cuja adesão por parte dos municípios tinha como requisito obrigatório a implantação do Sisvan na rede de saúde. Em 1993/1994 o Sisvan entrou como critério de adesão de um programa de suplementação alimentar (BRASIL, 1993).



Para saber mais

A respeito da pesquisa nacional sobre saúde e nutrição, leia na página eletrônica da Coordenação Geral da Alimentação e Nutrição, na opção Sisvan/inquéritos populacionais, o resumo da pesquisa. (http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=inquerito_populacional_pnsn).

O Movimento do Combate à Fome e à Miséria pode ser considerado um marco histórico importante para o Sisvan, pois o governo federal incorporou pela primeira vez duas importantes políticas: da Segurança Alimentar e do Sisvan, que foi assumido como um instrumento importante na viabilização da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (CASTRO, 1995).

Embora o governo tenha assumido o Sisvan como requisito de acesso a um programa de suplementação alimentar, que considerava de forma inédita no país o critério biológico para acesso aos benefícios, somente crianças, gestantes e nutrizes em risco nutricional foram beneficiadas. Mesmo assim o critério biológico trouxe avanços na divulgação da proposta, focalizando aqueles grupos da população com maior risco de adoecimento e morte.

Em 1994, com o PLS estendido pelo país, o Inan reconheceu a necessidade de criar uma Rede Sisvan, composta pelas unidades locais de saúde e coordenações municipais, estaduais e nacional de alimentação e nutrição. A iniciativa revelou o investimento para articular a operacionalização do sistema no país, apoiado em três diretrizes básicas:

1. padronização de indicadores mínimos;
2. celebração de convênios com secretarias estaduais de Saúde;
3. criação de centros de referências regionais para apoio científico e formação de recursos humanos.

O objetivo era formar a Rede Sisvan com a participação das unidades federativas, tendo como prioridade o monitoramento de crianças menores de 5 anos e gestantes dos municípios contemplados pelo PLS (SILVA et al., 2001).

Em 1995, o Inan, por intermédio da Coordenação Nacional do Sisvan, que tinha como função a normatização, a implantação e a implementação da proposta no país, avaliou e reconheceu que seu avanço se deu como consequência do PLS, que estimulou um crescente número de municípios na incorporação dessa atividade. Porém, a relação entre o PLS e o Sistema representou, na visão dos municípios, muito mais um requisito administrativo a ser cumprido para a celebração do convênio do que, propriamente, uma decisão político-técnica de utilizá-lo como um instrumento que fornecesse informações e subsidiasse a sua atuação junto aos fatores determinantes dos problemas de alimentação e nutrição em seus municípios.

Repare que o Sisvan ganhou respaldo político e o governo federal utilizou na formulação dos programas sociais as mesmas bases da proposta internacional do Sisvan; entretanto, não conseguiu contemplar a dimensão intersetorial, como era previsto originalmente na proposta. A Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil ficou restrita a instrumento de triagem do PLS.

Em 1996, o Inan foi extinto e suas atividades foram incorporadas ao Ministério da Saúde (MS). Em um primeiro momento, o Sisvan foi vinculado ao Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (Cenepi/FNS), restrito apenas à dimensão de sistema de informações. Após um ano, o MS reconheceu que o Sistema não era somente um instrumento de coleta rotineira de dados e produção de informações, e sim uma ferramenta mais ampla, que possibilitava a qualificação da assistência e intervenções imediatas em nível local, tanto na dimensão coletiva quanto na individual.

Em 1998, a Secretaria de Políticas de Saúde/MS, por meio da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (Atan/SPS/MS), incorporou o Sisvan e, paralelamente, reformulou o PLS para o Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN).

Em 1999, o PCCN passou a ser denominado de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN), reforçando a proposta da Rede Sisvan (BRASIL, 1999a).

As mudanças nesse programa foram:

- a eliminação de celebração de convênios entre o governo federal e municípios para a **transferência de recursos fundo a fundo** (fundo federal para fundo municipal);
- a inclusão de uma parte do recurso financeiro flexível para atender às demandas específicas na área de alimentação e nutrição no município. Isso determinou a autonomia no gerenciamento das atividades e propiciou um maior interesse do município em implantar o programa e, conseqüentemente, a adesão ao Sisvan aumentou.

Transferência de recursos fundo a fundo consiste no repasse de recursos financeiros, regular e automático, diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os estados e municípios destinados ao financiamento do SUS, independentemente de convênio ou instrumento similar, de acordo com as condições de gestão do beneficiário estabelecidas pela NOB/1996 e NOAS/SUS/2001.

Na busca de estratégias para mudanças dessa situação, a Secretaria de Políticas de Saúde/MS, por meio da Área Técnica de Alimentação e Nutrição, encaminhou à 4ª Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), promovida pela Rede Interagencial de Informações e Saúde (Ripsa), em outubro de 1998, a proposta de criação do Comitê Temático Interdisciplinar do Sisvan. A proposta foi aceita pelos membros da OTI e o comitê foi constituído com a participação dos Centros Colaboradores Regionais e Nacionais de Alimentação e Nutrição, representante da Organização Pan-Americana da saúde (Opas), especialistas nacionais e representantes das áreas de Alimentação, Nutrição, Epidemiologia e Informação do Ministério da Saúde.



A Pnan é amplamente discutida no Capítulo 5 deste livro, “Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil”.

Nessa oficina de trabalho, o Comitê elaborou propostas para impulsionar o Sisvan como um sistema com forte componente analítico, ou seja, um sistema que, além de banco de dados, respondesse às principais questões da área de nutrição, associando aos dados da clientela da rede de saúde aqueles oriundos de pesquisa e de outros sistemas de informação: um sistema abrangente, dinâmico e estratégico para o planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1999).

A Pnan, aprovada em 10 de junho de 1999, por meio da Portaria n. 710, que foi revogada e atualizada pela Portaria n. 2.715, de 17 de novembro de 2011 do Diário Oficial da União, tem como propósito “a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição” (BRASIL, 2012). Em uma de suas diretrizes, a Pnan previu a ampliação e o aperfeiçoamento do Sisvan para monitoramento da situação alimentar e nutricional, de modo a agilizar os seus procedimentos e estender sua cobertura a todo o país.

Na Agenda de Governo para o biênio 2001-2002, foi previsto um novo programa, chamado Bolsa Alimentação (PBA), ligado ao Ministério da Saúde, destinado à promoção de boas condições de saúde e nutrição de crianças até 6 anos de idade, gestantes e nutrizes, de famílias com renda mensal inferior a meio salário mínimo *per capita* e em risco nutricional. Esse programa previa como pré-requisito a promoção da Vigilância Alimentar e Nutricional, por meio da coleta e análise conjunta de dados dos diversos sistemas de informação em saúde de base nacional e pesquisas locais. Paralelamente, no ano de 2001, a Secretaria de Políticas de Saúde/MS transformou a Área Técnica de Alimentação e Nutrição em uma Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), o que ofereceu maior visibilidade e autonomia a esta área.



Para saber mais

Sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, consulte a página da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/MS)/Sisvan: <http://nutricao.saude.gov.br/>, em “Publicações”.

Em 2004 a Portaria n. 2.246/GM (BRASIL, 2004) instituiu orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o território nacional. O Departamento de Informática do SUS (Datasus) foi designado como responsável pela manutenção e o suporte técnico, aos estados e aos municípios, do sistema informacional para a entrada e o processamento de dados gerados pelas ações do Sisvan.

A partir de 2004, uma das iniciativas do governo federal foi a criação de uma nova estrutura representada pelo Ministério do Desenvolvimento

Social e Combate a Fome (MDS). Este ministério é o responsável pela implantação do Programa Fome Zero, que teve como uma das missões a fusão dos programas assistenciais em um único programa, chamado Bolsa Família (PBF). Esse fato, somado à criação da CGPAN/MS, agora denominada Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), fez com que o Sisvan passasse a ocupar um espaço de prioridade na agenda governamental. Além de seu papel como ferramenta de monitoramento e avaliação da situação alimentar e nutricional, também passa a ser um importante instrumento/meio para o acompanhamento das condicionalidades da saúde no PBF. O resultado dessa prioridade tem sido observado pelo desenvolvimento de uma norma operacional, boletins informativos e incentivos financeiros para fortalecer a rede formada por municípios, estados e governo federal.

Figura 1 – Instâncias governamentais que assumiram o gerenciamento do Sisvan

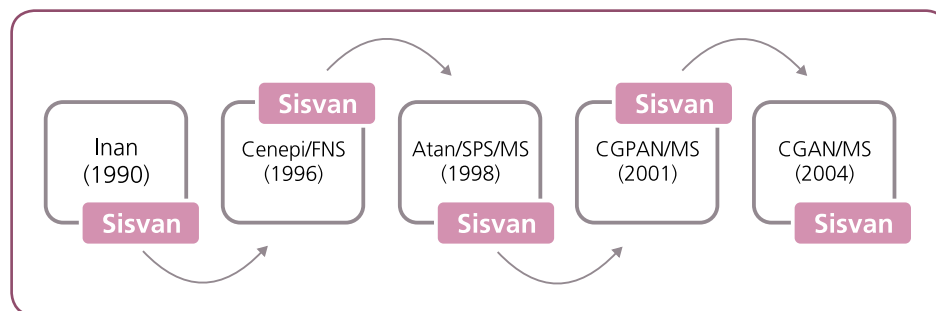
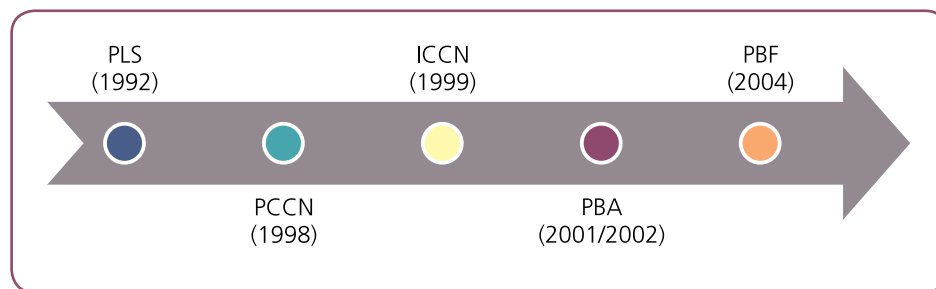


Figura 2 – Linha do tempo com os programas que tiveram interface com o Sisvan



Até aqui, vimos que o Sisvan no Brasil tem sua trajetória de adesão influenciada pelos programas federais de suplementação alimentar. Isso, de certa forma, fez com que o sistema vigente no país apresentasse limitações consideráveis como instrumento de representação epidemiológica e de predição de tendências. O fato de um de seus componentes reunir dados primários de serviços de saúde de municípios contemplados com o programa de suplementação alimentar governamental tem contribuído para agravar problemas de representatividade epidemiológica

“todos os esforços deverão tender à valorização dos sistemas locais de saúde, à municipalização, conferindo um importantíssimo papel à comunidade, pois os problemas nutricionais adquirem mais significação nessa instância e, por conseguinte, aí devem ser primordialmente combatidos” (KRUSE, 2006, p. 8)

nos âmbitos municipal, estadual e nacional, em função de sua restrição de monitorar o grupo materno-infantil beneficiário dos programas, bem como de sua limitação em atuar apenas no setor Saúde.

O Sisvan é um instrumento de informação-ação, especialmente em âmbito local, que visa:

- reorganizar a rotina de atenção nutricional em saúde pública;
- oferecer subsídios para a formulação de políticas e ações voltadas à melhoria das condições nutricionais e de saúde da população;
- por meio da identificação de grupos/áreas prioritárias que se apresentam em risco nutricional, facilitar a demonstração aos gestores das necessidades de recursos humanos, técnicos, materiais e financeiros.

O que sabemos sobre o uso, os obstáculos e as barreiras a serem superadas pelo Sisvan?



As diversas organizações nacionais e internacionais continuam a propor o sistema como um instrumento de planejamento, acompanhamento e avaliação de programas e políticas públicas. Como já vimos, o desenvolvimento do sistema no mundo tomou contornos e nuances peculiares às características de cada nação. Acosta (2001) realizou um trabalho sobre a evolução do sistema na América Latina que buscou descrever os erros mais comuns nos sistemas de vigilância alimentar e nutricional. Estão relacionados erros que tratam do seu papel como instrumento de planejamento, da inadequação de prioridades e atividades, da insuficiência de formação técnica e da ausência de participação popular.

Desde meados da década de 1970 diversos países da América Latina e Caribe iniciaram a implantação do Sisvan. Nos anos de 1990, entre os países envolvidos com a proposta encontrávamos: Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Guatemala, Guiana, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela (CASTRO, 1995). Esses sistemas apresentavam basicamente informações sobre o estado nutricional de crianças menores de 5 anos e, em menor escala, de gestantes, escolares e adultos.

Acosta (2001) delinea em seu artigo oito erros no desenvolvimento e na análise dos dados do Sisvan. São eles:

- Planejamento e desenho insuficientes das atividades iniciais de diagnóstico e posterior monitoração.
- Ausência de ordem das atividades por prioridade.
- Ausência da abordagem por estratégias.
- Falta de programação na coleta, no processamento e na análise de dados.
- Divulgação e discussão das informações insuficientes.
- Subestimação dos recursos necessários.
- Formação técnica insuficiente e falta de motivação dos profissionais.
- Participação e controle social inadequado.

Para a autora a maioria dos Sisvan ignorava o marco conceitual hierárquico das carências e excessos alimentares, predominando fundamentalmente a monitoração do estado nutricional na sua dimensão imediata, pouco realizando nas dimensões intermediárias e básicas, fato que restringia o caráter intersetorial dos problemas.

A natureza intersetorial e interdisciplinar dos eventos nutricionais traz uma complexidade para a construção do Sisvan, tornando-a uma tarefa difícil, porém não impossível. Se houver o planejamento cuidadoso observando os aspectos descritos anteriormente, a retroalimentação do sistema e a interlocução entre os diversos setores envolvidos com o problema, as propostas de atuação serão factíveis. Ainda que não resultem no controle imediato do problema nutricional.

No país, o sistema precisa alcançar a abrangência necessária, tanto em quantidade quanto em qualidade, para que possa desempenhar seu papel como instrumento de geração de políticas públicas. Explicando melhor, podemos observar que o Sisvan no Brasil, durante anos, caminhou vinculado ao setor Saúde, com o objetivo de racionalizar ações de suplementação alimentar. Mesmo nesse setor, sua trajetória tem sido restrita.

Principais desafios para o Sisvan no Brasil

- o Sistema tem se limitado às variáveis antropométricas, principalmente às crianças menores de 5 anos;
- a cobertura geográfica e populacional nos municípios é restrita à população beneficiária aos programas;
- os profissionais de saúde envolvidos precisam ser capacitados e ter apoio político-institucional para se dedicarem à implantação da proposta.

Agora que conhecemos a história do Sisvan, dá para perceber que seu conceito evoluiu ao longo de anos. Hoje, o resultado está voltado para uma visão estratégica de potencializar o Sistema de forma dinâmica e eficiente, que segue as mesmas diretrizes conceituais apresentadas no início desse texto, com alguns avanços:

- **Sistema:** eixo que supõe uma padronização de atividades, ou seja, tarefas organizadas de receber, tratar e analisar dados e informações para devolvê-los à rede do Sistema Único de Saúde e à sociedade, retroalimentando os setores responsáveis pelo planejamento, gestão e controle social dos programas e políticas públicas.
- **Vigilância:** eixo que engloba quaisquer atividades rotineiras e contínuas de coleta, processamento, análise e interpretação dos dados; recomendação de medidas de controle apropriadas; promoção das ações de controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes.
- **Alimentar:** eixo que envolve os aspectos relativos à promoção de práticas alimentares saudáveis, à prevenção e ao controle dos distúrbios alimentares e de doenças associadas à alimentação.
- **Nutricional:** eixo que considera o estado nutricional de coletividades como resultante do equilíbrio entre o consumo alimentar e a utilização biológica dos alimentos e sua estreita relação com o estado de saúde.

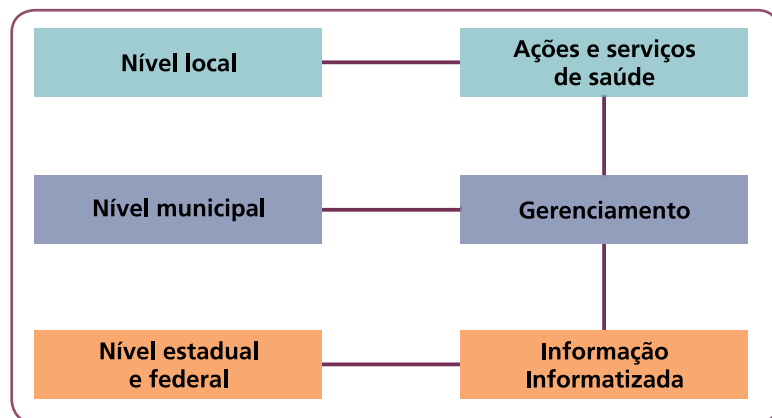
Organização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Atualmente podemos afirmar que o principal componente da identidade do Sisvan no Brasil é estar próximo das ações locais, tendo, portanto, como sua fonte de dados fundamental a utilização de dados/indicadores nutricionais já coletados na Atenção Básica de Saúde e incorporados em diversos bancos de dados do Ministério da Saúde ou sistemas locais.

Quais seriam os caminhos do Sisvan no Brasil?

Como já abordamos, o Sisvan cresceu no setor Saúde. Com a implantação, em 1996, da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS) (BRASIL, 1996b), foram estabelecidos os papéis dos níveis municipal (gerenciamento e gestão), estadual e federal (gestão pelo acompanhamento e avaliação) para todas as ações do SUS, incluindo os sistemas de vigilância à saúde. O Sisvan, como qualquer sistema do setor Saúde, obedece às atribuições da NOB/SUS citada e seu organograma pode ser descrito da forma a seguir.

Figura 3 – Organograma do Sisvan



Fonte: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1996).

Essas atribuições assumem que a rede de ações e serviços públicos e privados do nível local, organizada e hierarquizada, é gerenciada pelo município. O seu propósito é garantir ações e meios para oferecer à população acesso a um atendimento integral, isto é, de forma harmônica, integrada, moderna e equânime.

O papel do nível estadual é gerar informações informatizadas, por meio da estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação e de vigilância epidemiológica sanitária, ambiental, alimentar e nutricional. Essas atribuições expressam a configuração de um sistema de apoio logístico e de atuação estratégica, o que faz dessas as mesmas atribuições do nível federal.

Retomando o conceito do Sisvan, vemos que suas atribuições estão baseadas na seleção, compilação, no processamento, na análise e na interpretação dos dados e, portanto, dependem da organização de um fluxo de dados e informações.

Como está organizada, hoje, a rede de dados e informações do Sisvan? Existe um fluxo de dados e informações entre os níveis local, municipal, estadual e federal?

Para conhecer melhor os procedimentos padronizados para que os dados e as informações sejam obtidos consultar o Capítulo 6, “Sistemas de informação em saúde e interfaces com a alimentação e nutrição”, neste livro.

Em 2003 o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde (CGAN/DAB/SAS/MS), elaborou procedimentos padronizados para que os dados e as informações fossem obtidos por meio de sistemas de informação e vigilância à saúde, de base nacional. O material vem sendo disponibilizado para todos os municípios brasileiros e compõe um módulo, dentro de um sistema de informação mais abrangente e único para todas as unidades básicas de saúde. A implantação/implementação desse aplicativo informatizado é realizada por meio da capacitação de profissionais, em ação conjunta entre técnicos da CGAN e do Datasus.

A adoção plena desse sistema informatizado de base nacional propicia aos municípios a obtenção de dados de saúde mais confiáveis, bem como agiliza a geração de informações que permitem o monitoramento da situação nutricional e alimentar, e o planejamento de ações para intervenção nos agravos detectados nos níveis individual e coletivo. Ainda, pelo fato de todos os usuários das unidades de Atenção Básica terem seus estados nutricional e de consumo alimentar avaliados sistematicamente, o sistema suscita a incorporação de uma “atitude de vigilância” por parte dos profissionais de saúde.

Figura 4 – Módulo Vigilância Alimentar e Nutricional desenvolvido pelo Datasus



Historicamente, no Brasil, os dados sobre estado nutricional estiveram ligados a programas de suplementação alimentar. Essa influência determinou a criação de um fluxo próprio de dados antropométricos de crianças menores de 5 anos e gestantes, atendidas em unidades de saúde e programas comunitários nos municípios contemplados. Para isso, foram encaminhados a todos os municípios que celebravam convênios formulários para coleta de dados nas unidades de saúde e por agentes de saúde:

- a) mapa mensal;
- b) resumo mensal.

Ao final do mês, cada Secretaria Municipal de Saúde deveria enviar à Secretaria Estadual de Saúde seus formulários, que, consolidados, seriam encaminhados periodicamente em âmbito nacional. Esse processo vigora, na imensa maioria dos municípios, até os dias de hoje, com algumas alterações implementadas por algumas SMS, orientadas pelas SES.

O processo de obtenção de dados do Sisvan atualmente vigente tem sido objeto de inúmeras discussões, visando ao seu aperfeiçoamento e subsequente formação de um fluxo de dados construído na perspectiva de servir para ação. O sistema elaborado pela CGAN/MS foi criado com esse propósito, visando estabelecer, de forma objetiva, um sistema de informação e vigilância para acompanhar e avaliar as ações de saúde em nível municipal/local em harmonia e interação com os níveis estadual e federal. A sua interlocução estaria centrada nos setores das políticas públicas de saúde, devendo funcionar como um sinalizador para a gestão das ações estratégicas.

Acreditamos que cada nível de atuação do sistema deve ser autônomo e desenvolver estratégias para divulgar as informações, como a realização de seminários, o uso de meios de comunicação de massa, a criação de fóruns representativos da sociedade civil, a elaboração de boletins etc. O uso da informação relaciona-se com os diversos níveis a partir da retroalimentação do sistema.

O Sisvan nacional deve permitir a difusão das informações para toda a sociedade. A organização do Sisvan depende da produção de dados confiáveis pelos profissionais de saúde.

Todo esse processo é feito por meio de planilhas/formulários, em sistemas de coletas de dados manuais ou informatizados. A maioria dos municípios coleta seus dados nos serviços de saúde, que monitoram os beneficiários de programas governamentais.

O mais importante do fluxo de dados não é o formato da planilha, do mapa ou do formulário que cada unidade de saúde, municipal ou estadual está usando, mas, sim, que seja cumprida com rigor a padronização das informações.

Para mais informações sobre o fluxo de dados, sugerimos que você leia o Capítulo 5, “Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil”, deste livro.

Atitude de vigilância

Chegamos aqui com muita informação sobre os objetivos básicos do Sisvan, que é o monitoramento nutricional dos indivíduos em seus cursos de vida.

Será que a nossa missão ao abraçar o Sisvan é buscar dados?

Ao longo do texto vimos que os dados, por si só, não dizem nada. Eles precisam ser coletados de maneira adequada e sistemática e depois registrados de modo a serem disponibilizados, produzindo um fluxo de informações fidedignas e úteis para a intervenção imediata ou para o planejamento e avaliação das ações que estão sendo implementadas, seja no âmbito individual ou coletivo, em qualquer nível de esfera de governo.

A atitude de vigilância acontece quando os dados produzidos nos serviços de saúde transformam-se efetivamente em informações que fomentarão ações concretas para os indivíduos atendidos nos serviços. Portanto, o uso das informações produzidas e disponibilizadas pelo Sisvan no cotidiano da atuação do profissional de saúde é uma forma de ter atitude de vigilância.

Nosso papel é sermos atentos para o fato de que a informação deve estar voltada para a ação. O esperado é que essas informações e ações contribuam efetivamente para o controle dos problemas identificados no setor Saúde, para a prevenção e a promoção da saúde e da nutrição.

Outra questão importante que tentamos trazer é a de que temos diferentes executores e gestores da informação e da ação: os de nível local e os dos níveis municipal, estadual e federal.

O Sisvan fornece informações com o objetivo de descrever o perfil alimentar e nutricional do indivíduo que procura as ações de saúde, em busca de qualquer tipo de atendimento (âmbito individual), bem como da população da área de abrangência de sua unidade de saúde (âmbito coletivo).

O conjunto dessas informações é que irá nos fornecer a situação geral das ações de saúde praticadas nas unidades de saúde e nos programas comunitários. Dessa forma, podemos saber qual a enfermidade de maior prevalência em nossa comunidade, para priorizar o atendimento e as ações. Essa é a mesma lógica que acontece com os níveis de gerenciamento e gestão.

Para refletir

Vamos refletir sobre a atitude de vigilância em uma situação do cotidiano da unidade básica de saúde?

Chega à unidade uma criança de 2 anos, acompanhada da mãe, à procura de atendimento, com queixa de diarreia. O que podemos fazer?

- Dependendo da formação do profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista, técnico de enfermagem, agente de saúde), é possível fazer o diagnóstico e medicar a criança; oferecer recomendações necessárias para o tratamento da doença; agendar uma consulta de retorno para verificar os resultados do tratamento; vacinar, registrar no cartão a vacina dada e agendar a próxima data da vacinação.
- Poderíamos conversar com a mãe sobre outras ações de saúde, como aleitamento materno, introdução de alimentos, cuidados de higiene; conhecer um pouco mais sobre a criança e tirar dúvidas da mãe sobre cuidados básicos com ela; além de encaminhá-la, de acordo com o diagnóstico realizado, para algum atendimento, visitas domiciliares mais regulares ou algum outro programa específico.
- Mas se temos o Sisvan implantado e funcionando, a criança seria pesada; seria efetuado o seu diagnóstico nutricional, e seus dados seriam registrados em planilhas específicas e na curva de crescimento da Caderneta da Criança.
- Outra alternativa seria promover reuniões com temas específicos ou não, e convidar as mães, avós ou responsáveis pelas crianças, a participarem, de forma a lhes dar oportunidade de construir, coletivamente, um novo conhecimento. Dessa forma também poder-se-ia conhecer melhor a realidade local em que vivem essas famílias e, com isso, buscar soluções para os seus problemas.
- Por último, poderíamos pensar em, após consolidar os dados de toda a clientela atendida, divulgar os resultados encontrados no local em que trabalhamos, por meio de boletins, informes, rádio comunitária local etc.

Com isso, estamos tentando exemplificar o que seria informar para agir. Poderíamos somente ter tratado da diarreia, mas optamos por valorizar o estado nutricional, intervindo precocemente e promovendo a saúde da criança, além de ter a preocupação de registrar essa informação de forma organizada.

Tudo isso é ter **atitude de vigilância**. É ter um olhar diferenciado para cada indivíduo, para cada grupo, para cada fase da vida. É usar a informação gerada rotineiramente não só para retroalimentar o Sisvan e

subsidiar as programações locais e as instâncias superiores, mas também usá-la de forma imediata para repensar a prática e qualificar a assistência prestada àqueles indivíduos que diariamente estão à procura de atendimento. É valorizar o estado nutricional do indivíduo e do coletivo, bem como o registro correto dos dados em planilhas, ratificando a importância da nutrição como coadjuvante das ações de intervenção diante o serviço. É trabalhar pensando na promoção da saúde, de forma integral e igual para todos, baseada na realidade epidemiológica local.

Ao final deste capítulo podemos observar que muitos foram os avanços do Sisvan no Brasil. Hoje, apesar de ser um sistema utilizado também pela área social, no acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família, para o monitoramento das condicionalidades da saúde, vemos que a sua trajetória ainda está muito relacionada ao setor Saúde. Cabe destacar que esta é uma questão que contribui para que o Sisvan demonstre o seu potencial na intersetorialidade. No entanto, os profissionais de saúde precisam atuar de modo que o sistema não retroceda à sua função mais básica de mero instrumento de registro de informações. É de extrema responsabilidade estarmos atentos para que tal porta aberta demonstre que esse é um sistema capaz de gerar informações para a ação imediata, contribuindo para diminuir os problemas nutricionais tanto em âmbito individual como coletivo, e, ainda, traduzi-las em políticas públicas que sejam intersetoriais, sustentáveis e justas no campo da alimentação e nutrição.

Referências

ACOSTA, S. J. Errores em que se puede incurrir en los sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, Havana, v. 15, n. 1, p. 68-73, 2001.

BONFIM, J. B. B. *As políticas públicas sobre a fome no Brasil*. Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal, maio 2004. (Texto para discussão, 8).

BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Assessoria de Comunicação Social, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do SUS: NOB-SUS 01/96*. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, DF, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95/GM, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jan. 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 709/GM, de 10 de junho de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a implementação de ações de combate às carências nutricionais nos Municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, v. 110, 11 jun. 1999a. Seção 1, p. 85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 710/GM, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, v. 110, 11 jun. 1999b. Seção 1, p. 14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.246/GM, de 18 de outubro de 2004. Institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 out. 2004. Seção 1, p.28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.715, de 17 de novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de atendimento aos desnutridos e às gestantes em risco nutricional*: leite é Saúde. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília, DF, 2012.

CASTRO, I. R. R. *Vigilância alimentar e nutricional*: limitações e interfaces com a rede de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE NUTRICIÓN, 1992, Roma. *Informe...* Roma: Food and Agriculture Organization/Organización Mundial de la Salud, 1992.

CONFERENCIA MUNDIAL DE LOS ALIMENTOS, 1974, Roma. *Informe da...* Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 1974.

DATASUS. *Apresentação do SISVAN*. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://aguia.datasus.gov.br/bolsa/>>. Acesso em: 23 fev. 2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). DESAI. *Norma técnica*: vigilância alimentar e nutricional para os distritos sanitários especiais indígenas. Brasília, DF, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (Brasil). Portaria n. 080P, de 16 de outubro, 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 out. 1990. Seção 2, p. 5.687.

INTERNATIONAL CONFERENCE OF PRIMARY HEALTH CARE, 1978, Alma-Ata. *Primary health care*: report of... Geneva: World Health Organization, 1978. Joint report by the Director-General of the World Health Organization and the Executive Director of the United Nations Children's Fund.

KRUSE, B. *Sisvan*: breve viagem ao passado. In: ENCONTRO NACIONAL DOS COORDENADORES ESTADUAIS E CENTROS COLABORADORES EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 4., Brasília. *Sisvan*: histórico, avaliação e perspectivas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Mesa redonda.

L'ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil, I: período de 1940 a 1964. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 1, n. 2, p. 87-138, 1988.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Usos y perspectivas de la epidemiología*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud, 1984.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Vigilância alimentar y nutricional en las Americas: una Conferencia Internacional*, México, 5-9 de Septiembre de 1989. Washington, DC: Organización Mundial de La Salud, 1989.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Comitê Temático Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na Rede Interagencial de Informação para a Saúde. *Informe final*. Brasília, DF, 1999.

PROGRAMA DE APOIO À REFORMA SANITÁRIA. *Sistema de vigilância alimentar e nutricional na rede de saúde: manual para implantação*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

SILVA, D. O. et al. *Sisvan: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais de saúde: o diagnóstico coletivo*. Rio de Janeiro: Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição/Ensp/Fiocruz, 2001.

UNICEF. *Estratégia para melhorar a nutrição de crianças e mulheres nos países em desenvolvimento*. Nova York: Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência, 1990.

WORLD FOOD SUMMIT, 1974, Roma. *Declaração de Roma sobre a segurança alimentar mundial e plano de acção da cimeira mundial da alimentação*. Roma: FAO, 1996. Disponível em: <<http://www.fao.org/DOCREP/003/W3613P/W3613P00.HTM>>. Acesso em: 26 set. 2011.

Siglas

AB

Atenção Básica

Abrasco

Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACF

Coalizão de Defesa (*Advocacy Coalition Framework*)

ACS

Agente Comunitário de Saúde

Aids

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH

Autorização de Internação Hospitalar

AIS

Ações Integradas de Saúde

Anvisa

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Apac

Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade

APS

Atenção Primária à Saúde

Atan

Área Técnica de Alimentação e Nutrição

Bemfam

Bem Estar Familiar no Brasil

BPN

Baixo Peso ao Nascer

Caisan

Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional

Caps

Caixas de Previdência e Assistência Social

Caps

Centros de Atenção Psicossocial

Cebes

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Ceme

Central de Medicamentos

Cenepi

Centro Nacional de Epidemiologia

Cerest

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

Cgan

Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição

CGPAN

Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição

Cian

Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição

CIB

Comissão Intergestores Bipartite

CID

Código Internacional de Doenças

CIT

Comissão Intergestores Tripartite

CMI

Complexo Médico-Industrial

CNA

Comissão Nacional de Alimentação

CNDSS

Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde

CNS

Conselho Nacional de Saúde

Cobal

Companhia Brasileira de Alimentos

Conab

Companhia Nacional de Abastecimento

Conasems

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Conasp

Conselho Nacional de Saúde Previdenciária

Conass

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Consea

Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

CS

Comunidade Solidária

Dab

Departamento de Atenção Básica

Dant

Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Dataprev

Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

Datasus

Departamento de Informática do SUS

DCNTS

Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV

Doenças Cardiovasculares

DEP

Desnutrição Energético-Proteica

DHAA

Direito Humano à Alimentação Adequada

DNS

Divisão de Organização Sanitária

DNV

Declaração de Nascido Vivo

DO

Declaração de Óbito

DST

Doença Sexualmente Transmissível

E/I

Estatura/Idade

Ebia

Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

IBGE

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Incra

Instituto de Colonização e Reforma Agrária

INN

Instituto Nacional de Nutrição

INPS

Instituto Nacional de Previdência Social

Ipase

Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado

Ipea

Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas

ITA

Instituto Técnico de Alimentação

LBA

Legião Brasileira de Assistência

Lops

Lei Orgânica da Previdência Social

LOS

Leis Orgânicas da Saúde

Losan

Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

MDA

Ministério do Desenvolvimento Agrário

MDS

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MEC

Ministério da Educação e Cultura

Mesa

Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Nutricional

MP

Ministério Público

MS

Ministério da Saúde

MTB

Ministério do Trabalho

Nasf

Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Noas

Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB

Norma Operacional Básica do SUS

Nupens/USP

Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo

OMS

Organização Mundial de Saúde

ONU

Organização das Nações Unidas

Opas

Organização Pan-Americana da Saúde

OTI

Oficina de Trabalho Interagencial

P/E

Peso/Estatura

P/I

Peso/Idade

PAA

Programa de Aquisição de Alimentos

Pacs

Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Pais

Programa de Ações Integradas de Saúde

PAM

Posto de Atendimento Médico

Para

Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos

PAT

Programa de Alimentação do Trabalhador

PBA

Programa Bolsa Alimentação

PBF

Programa Bolsa Família

PCCN

Programa de Combate a Carências Nutricionais

PCDMI

Programa de Combate à Desnutrição Materno

Pense

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PIB

Produto Interno Bruto

PLS

Programa de Atendimento a Crianças Desnutridas e Gestantes de Risco Nutricional – Leite é Saúde

Pmaq

Pacto pela Melhoria do Acesso e Qualidade

Pmaq-Ab

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Pnad

Pesquisa Brasileira por Amostragem de Domicílios

Pnae

Programa Nacional de Alimentação do Escolar

Pnan

Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNDS

Pesquisa Nacional sobre Demografia em Saúde

Pneps

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNPS

Política Nacional de Promoção da Saúde

PNSAN

Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

PNSN

Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

POF

Pesquisa de Orçamento Familiar

PPV

Pesquisa sobre Padrão de Vida

Proab

Programa de Abastecimento de Alimentos Básicos

Procab

Projeto de Aquisição de Alimentos Básicos em Áreas Rurais de Baixa Renda

Profan

Programa de Formação em Alimentação e Nutrição

Pronan

Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

PSE

Programa Saúde na Escola

PSF

Programa de Saúde da Família

RAS

Redes de Atenção à Saúde

RCIU

Retardo de Crescimento Intrauterino

Redenutri

Rede de Nutrição do Sistema Único de Saúde

Reme

Renovação Médica

Ripsa

Rede Interagencial de Informações para a Saúde

Rnis

Rede Nacional de Informação em Saúde

SAI/SUS

Sistema de Informação Ambulatoriais

Samu

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAN

Segurança Alimentar e Nutricional

Saps

Serviço de Alimentação da Previdência Social

SAS

Secretaria de Atenção à Saúde

SB

Saúde Bucal

SBA

Sociedade Brasileira de Alimentação

SES

Secretaria Estadual de Saúde

SF

Saúde da Família

Sgep

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SI

Sistema de Informação

SAI/SUS

Sistemas Ambulatoriais e Hospitalares do SUS

Siab

Sistema de Informação da Atenção Básica

Siasi

Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SIH/SUS

Sistema de Informação Hospitalares do SUS

SIM

Sistema de Informação de Mortalidade

Sinan

Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Sinasc

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Sinpas

Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SI-PNI

Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações

SIS

Sistemas de Informação em Saúde

Sisan

Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

Siscam

Sistema de Informações do Câncer da Mulher

Sisvan

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS

Secretaria Municipal de Saúde

SPS

Secretaria de Políticas de Saúde

Stan

Serviço Técnico de Alimentação Nacional

Suas

Sistema Único da Assistência Social

Suds

Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS

Sistema Único de Saúde

SVS

Secretaria de Vigilância em Saúde

Unicef

Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPA

Unidades de Pronto Atendimento

Vigitel

Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Formato: 205 x 260mm
Tipografia: *Meridien LT Std* e *Frutiger Lt Std*
Papel do Miolo: *Papermax 90g/m²*
Papel e Acabamento Capa: *Papel Cartão supremo 250g/m²*
Ctp Digital: *Corbã Editora Artes Gráficas*
Impressão e acabamento: *Corbã Editora Artes Gráficas*

Rio de Janeiro, junho de 2013.

O livro *Alimentação e nutrição: contexto político, determinantes e informação em saúde* analisa questões atuais sobre as políticas públicas de alimentação, nutrição e saúde. A obra apresenta os acontecimentos marcantes da história do SUS e da implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), bem como seus fundamentos teóricos e conceituais, de modo a ampliar o conhecimento e as possibilidades de intervenção no cotidiano do cuidado, por meio da gestão e da implementação de ações de alimentação e nutrição.

Dada a complexidade da situação alimentar e nutricional no Brasil, pela coexistência de problemas relacionados a escassez/carências e a excesso/opulência, o tema da alimentação e nutrição vem ganhando importância cada vez maior, ao longo dos últimos anos, haja vista tratar-se de requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde da população brasileira.

Este livro, organizado por pesquisadoras da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), da Fiocruz Brasília e do Instituto de Nutrição Josué de Castro (INJC/UFRJ) e publicado pela Editora Fiocruz em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Coordenação de Educação a Distância (Ensp/EAD), discute problemáticas atuais e dilemas importantes para o avanço na consecução da Pnan.

O livro, ao longo de seus capítulos, imprime a dimensão reflexiva e de construção do conhecimento em uma ação dialógica com o leitor e sua prática profissional.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Secretaria de
Atenção à
Saúde

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

