

NUTRIÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Prof.^a Camila Dallazen

Prof.^a Julia Graciela de Souza

Prof.^a Roseane Leandra da Rosa



Indaial – 2024

1ª Edição



Copyright © UNIASSELVI 2024

Elaboração:

Prof.^a Camila Dallazen

Prof.^a Julia Graciela de Souza

Prof.^a Roseane Leandra da Rosa

Revisão, Diagramação e Produção:

Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI

Ficha catalográfica elaborada na fonte pela Biblioteca Dante Alighieri
UNIASSELVI – Indaial.

Nº64 Núcleo de Educação a Distância. **DALLAZEN**, Camila; **SOUZA**, Julia Graciela de; **ROSA**, Roseane Leandra da.

Nutrição em Saúde Coletiva / Camila Dallazen, Julia Graciela de Souza, Roseane Leandra da Rosa. - Florianópolis, SC: Arquê, 2024.

199 p.

ISBN papel 978-65-6137-278-7

ISBN digital 978-65-6137-279-4

1. Nutrição 2. Saúde 3. Coletiva 4. EaD. I. Título.

CDD - 610

Bibliotecária: Leila Regina do Nascimento - CRB- 9/1722.

Ficha catalográfica elaborada de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Impresso por:

APRESENTAÇÃO

Prezado acadêmico, seja bem-vindo à disciplina de Nutrição em Saúde Coletiva! Este caderno tem por objetivo auxiliar você a compreender alguns conceitos básicos de políticas públicas e os principais marcos da agenda de alimentação e nutrição nas políticas públicas. Nosso intuito é ajudá-lo a entender que a nutrição vai muito além dos conteúdos relacionados aos aspectos biológicos do ser humano. A área de Políticas Públicas de Segurança Alimentar e Nutricional é bastante abrangente e, compreender todas suas possibilidades, amplia nossa área de atuação como futuro profissional nutricionista.

O caderno de estudos está dividido em três unidades. Na primeira unidade abordaremos a trajetória das políticas públicas de alimentação e nutrição. Vamos conhecer os conceitos básicos da área, como funciona o ciclo das políticas públicas e o processo histórico das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. Também vamos ver, nesta primeira unidade, a Política Nacional de Atenção Básica e a inserção do profissional nutricionista na atenção básica. Por fim, vamos conhecer a Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

Na segunda unidade, vamos estudar sobre Segurança Alimentar e Nutricional. Iremos tratar sobre a história e evolução dos direitos humanos, entre eles o direito à saúde e alimentação adequada, o histórico e a construção do conceito da Segurança Alimentar e Nutricional. Também vamos estudar marcos importantes do âmbito da Segurança Alimentar e Nutricional como a criação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional culminando com a criação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Nesse contexto, também trataremos sobre como o sistema agroalimentar se relaciona com a Segurança Alimentar e Nutricional e porque o profissional nutricionista pode ser considerado um importante agente promotor do direito humano à alimentação adequada e a segurança alimentar e nutricional.

Na terceira e última unidade deste caderno, vamos tratar de importantes programas na área de alimentação e nutrição de nosso país, que são o Programa Nacional de Alimentação Escolar e os programas para prevenção e controle dos distúrbios nutricionais. Também vamos aprender sobre as iniciativas para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável e sobre o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na atenção básica.

Como podemos perceber, temos um longo caminho de estudos pela frente. Esperamos que seja de muito aprendizado! Ótimos estudos!



Você já me conhece das outras disciplinas? Não? É calouro? Enfim, tanto para você que está chegando agora à UNIASSELVI quanto para você que já é veterano, há novidades em nosso material.

Na Educação a Distância, o livro impresso, entregue a todos os acadêmicos desde 2005, é o material base da disciplina. A partir de 2017, nossos livros estão de visual novo, com um formato mais prático, que cabe na bolsa e facilita a leitura.

O conteúdo continua na íntegra, mas a estrutura interna foi aperfeiçoada com nova diagramação no texto, aproveitando ao máximo o espaço da página, o que também contribui para diminuir a extração de árvores para produção de folhas de papel, por exemplo.

Assim, a UNIASSELVI, preocupando-se com o impacto de nossas ações sobre o ambiente, apresenta também este livro no formato digital. Assim, você, acadêmico, tem a possibilidade de estudá-lo com versatilidade nas telas do celular, tablet ou computador.

Eu mesmo, UNI, ganhei um novo layout, você me verá frequentemente e surgirei para apresentar dicas de vídeos e outras fontes de conhecimento que complementam o assunto em questão.

Todos esses ajustes foram pensados a partir de relatos que recebemos nas pesquisas institucionais sobre os materiais impressos, para que você, nossa maior prioridade, possa continuar seus estudos com um material de qualidade.

Aproveito o momento para convidá-lo para um bate-papo sobre o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes – ENADE.

Bons estudos!



BATE SOBRE O PAPO ENADE!



Olá, acadêmico!

Você já ouviu falar sobre o ENADE?

Se ainda não ouviu falar nada sobre o ENADE, agora você receberá algumas informações sobre o tema.

Ouviu falar? Ótimo, este informativo reforçará o que você já sabe e poderá lhe trazer novidades.



Vamos lá!

Qual é o significado da expressão ENADE?

EXAME NACIONAL DE DESEMPENHO DOS ESTUDANTES

Em algum momento de sua vida acadêmica você precisará fazer a prova ENADE.



Que prova é essa?

É **obrigatória**, organizada pelo INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.

Quem determina que esta prova é obrigatória... O MEC – Ministério da Educação.

O objetivo do MEC com esta prova é o de avaliar seu desempenho acadêmico assim como a qualidade do seu curso.



Fique atento! Quem não participa da prova fica impedido de se formar e não pode retirar o diploma de conclusão do curso até regularizar sua situação junto ao MEC.

Não se preocupe porque a partir de hoje nós estaremos auxiliando você nesta caminhada.

Você receberá outros informativos como este, complementando as orientações e esclarecendo suas dúvidas.



Você tem uma trilha de aprendizagem do ENADE, receberá e-mails, SMS, seu tutor e os profissionais do polo também estarão orientados.

Participará de webconferências entre outras tantas atividades para que esteja preparado para #mandar bem na prova ENADE.

Nós aqui no NEAD e também a equipe no polo estamos com você para vencermos este desafio.

Conte sempre com a gente, para juntos mandarmos bem no ENADE!





Olá, acadêmico! Iniciamos agora mais uma disciplina e com ela um novo conhecimento.



Com o objetivo de enriquecer seu conhecimento, construímos, além do livro que está em suas mãos, uma rica trilha de aprendizagem, por meio dela você terá contato com o vídeo da disciplina, o objeto de aprendizagem, materiais complementares, entre outros, todos pensados e construídos na intenção de auxiliar seu crescimento.

Acesse o QR Code, que levará ao AVA, e veja as novidades que preparamos para seu estudo.

Conte conosco, estaremos juntos nesta caminhada!

SUMÁRIO

UNIDADE 1 – TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	1
TÓPICO 1 – POLÍTICAS PÚBLICAS: CONCEITOS E PRINCÍPIOS.....	3
1 INTRODUÇÃO	3
2 CONCEITUANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	4
3 CLASSIFICANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS	4
4 O CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	6
5 INSTITUIÇÕES E ATORES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	10
RESUMO DO TÓPICO 1.....	13
AUTOATIVIDADE	14
TÓPICO 2 – CENÁRIO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL.....	15
1 INTRODUÇÃO	15
2 PRIMEIRAS INICIATIVAS	16
3 PRIMEIROS PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	21
4 BUSCA PELA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	25
RESUMO DO TÓPICO 2.....	40
AUTOATIVIDADE	43
TÓPICO 3 – A INSERÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE	45
1 INTRODUÇÃO	45
2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.....	46
3 PRIMEIRA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	52
4 A REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	55
LEITURA COMPLEMENTAR.....	57
RESUMO DO TÓPICO 3.....	63
AUTOATIVIDADE	64
REFERÊNCIAS	66
UNIDADE 2 – SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	71
TÓPICO 1 – DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA	73
1 INTRODUÇÃO	73
2 DIREITOS HUMANOS	73
3 DIREITO HUMANO À SAÚDE	77
4 DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA	78
RESUMO DO TÓPICO 1.....	84
AUTOATIVIDADE	85

TÓPICO 2 – A LEI ORGÂNICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	87
1 INTRODUÇÃO	87
2 O MARCO DA LEI ORGÂNICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	87
3 O SISTEMA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	91
4 A POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	93
RESUMO DO TÓPICO 2.....	99
AUTOATIVIDADE	101
 TÓPICO 3 – SISTEMA AGROALIMENTAR E SUA RELAÇÃO COM A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	 103
1 INTRODUÇÃO	103
2 REVOLUÇÃO VERDE.....	104
3 ALIMENTOS GENETICAMENTE MODIFICADOS E AGROTÓXICOS	106
4 SOBERANIA ALIMENTAR.....	111
5 O NUTRICIONISTA, PROGRAMAS DE ACESSO À ALIMENTAÇÃO E EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	115
LEITURA COMPLEMENTAR.....	117
RESUMO DO TÓPICO 3.....	124
AUTOATIVIDADE	126
 REFERÊNCIAS.....	 128
 UNIDADE 3 – AÇÕES, POLÍTICAS E PROGRAMAS NACIONAIS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.....	 133
 TÓPICO 1 – PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR	 135
1 INTRODUÇÃO	135
2 HISTÓRICO DO PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR	137
3 EIXOS DE ATUAÇÃO E O PAPEL DO NUTRICIONISTA NO PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR.....	141
3.1 PROCEDIMENTOS PARA VINCULAÇÃO E DESVINCULAÇÃO DE NUTRICIONISTA	143
4 PRODUTOS DA AGRICULTURA FAMILIAR PARA O PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR.....	144
5 CENTROS COLABORADORES E UAE	145
5.1 HABILITAÇÃO DAS IFES.....	146
5.2 CONSELHO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR.....	146
RESUMO DO TÓPICO 1.....	148
AUTOATIVIDADE	150
 TÓPICO 2 – ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DOS DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS NO BRASIL	 153
1 INTRODUÇÃO	153
2 PREVENÇÃO E CONTROLE DA ANEMIA FERROPRIVA	154
3 ESTRATÉGIA NACIONAL PARA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL NO SUS – ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL	157
4 PREVENÇÃO E CONTROLE DA DEFICIÊNCIA DE IODO.....	159
4.1 ADEQUAÇÃO DA FAIXA DE IODO NO SAL.....	160
4.2 TIREOIDITE DE HASHIMOTO	161

5 PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A - PNSA.....	162
5.1 DISTRIBUIÇÃO DOS SUPLEMENTOS	165
5.1.1 Qualificação e implantação	165
6 DESNUTRIÇÃO	166
6.1 PREVENÇÃO E CONTROLE DA DESNUTRIÇÃO	166
RESUMO DO TÓPICO 2.....	168
AUTOATIVIDADE	169
TÓPICO 3 – SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	171
1 INTRODUÇÃO	171
2 IMPORTÂNCIA DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	172
3 MARCO DE REFERÊNCIA DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	174
4 ORIENTAÇÕES PARA A COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE	177
LEITURA COMPLEMENTAR.....	183
RESUMO DO TÓPICO 3.....	185
AUTOATIVIDADE	186
REFERÊNCIAS.....	188

TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir do estudo desta unidade, você deverá ser capaz de:

- compreender o conceito de políticas públicas;
- entender o ciclo das políticas públicas;
- entender o processo histórico das políticas de alimentação e nutrição no Brasil;
- compreender a Política Nacional de Atenção Básica;
- entender a inserção do profissional nutricionista no âmbito da Atenção Básica;
- conhecer a Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em três tópicos. No decorrer da unidade você encontrará autoatividades com o objetivo de reforçar o conteúdo apresentado.

TÓPICO 1 – POLÍTICAS PÚBLICAS: CONCEITOS E PRINCÍPIOS

TÓPICO 2 – CENÁRIO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL

TÓPICO 3 – A INSERÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE



Preparado para ampliar seus conhecimentos? Respire e vamos em frente! Procure um ambiente que facilite a concentração, assim absorverá melhor as informações.

POLÍTICAS PÚBLICAS: CONCEITOS E PRINCÍPIOS

1 INTRODUÇÃO

Sabemos que o tema políticas públicas nem sempre é atrativo para os futuros nutricionistas, pois, desde o início do curso, somos condicionados a pensar de forma fragmentada, no indivíduo ou paciente enquanto ser vivo, em seus aspectos fisiológicos, suas necessidades nutricionais, em sua doença e seu tratamento. Contudo, a Ciência da Nutrição, como podemos perceber, é muito mais ampla e complexa do que isso.

Por isso, para iniciarmos nossa disciplina, primeiramente precisamos compreender alguns conceitos que serão muito utilizados ao longo das unidades. Quando tratamos de políticas públicas, não estamos nos referindo apenas às políticas públicas da área de nutrição e alimentação. Como você já deve ter percebido no seu dia a dia, existem políticas públicas em todos os setores (educação, segurança pública, saneamento básico, transporte, entre outros) que impactam diretamente nas nossas vidas e, embora você talvez ainda não consiga explicar o que elas significam e como funcionam, percebe e possivelmente compreende sua importância. Por isso, é importante conhecer o que são as políticas públicas, quem as desenvolve e qual o sentido delas em nossa vida.

Assim, nessa primeira unidade vamos diferenciar o conceito de Estado, governo e políticas públicas, pois são conceitos que usaremos muito ao longo desta disciplina. Você já ouviu muito estes termos em noticiários, não é mesmo? Não se preocupe, pois vamos defini-los para você.

Como vamos tratar especificamente de políticas públicas de nutrição, precisamos também compreender como elas são classificadas, e, ainda, como funciona o ciclo das políticas públicas. Como o próprio nome diz, vamos aprender como funciona cada uma das etapas necessárias para implementação de uma política pública para que essa possa, de fato, ser útil para a sociedade.

Por fim, para finalizarmos esse tópico, nos dirigimos às instituições e aos atores envolvidos nas políticas públicas. Para que as políticas públicas sejam formuladas e implementadas com sucesso, precisamos conhecer quem participa de todo esse processo e qual é o papel desempenhado por cada um.

Sabendo os conceitos e como funcionam as políticas públicas, você poderá aproveitar melhor esta disciplina e aperfeiçoar seu conhecimento técnico, suas habilidades e competências para ser um ótimo profissional nutricionista.

2 CONCEITUANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para podermos compreender as políticas públicas de alimentação e nutrição precisamos, antes de tudo, compreender alguns conceitos. Por exemplo: qual é a diferença entre Estado e governo? O que se entende por política pública?

Primeiramente, Estado são instituições públicas permanentes, ou seja, que não mudam constantemente (como o exército, os tribunais, órgãos legislativos) e que permitem que o governo atue. Estado também pode ser definido como o total da sociedade (instituições e pessoas) organizada que se encontra sobre um território delimitado. Já o termo governo podemos definir como um conjunto de programas e projetos que são propostos por um grupo de pessoas (políticos, técnicos, organizações da sociedade civil, entre outros) para toda a sociedade, representando o Estado em um determinado período. O governo tem a função de administrar o Estado, aplicando as leis e políticas públicas por meio do poder Executivo, Judiciário e Legislativo, envolvendo todos os níveis do Estado (municipal, estadual e federal). O governo é renovado de quatro em quatro anos, sendo a reeleição permitida uma vez (HOFLING, 2001).

Com relação ao termo políticas públicas, há diversas definições. Antes precisamos definir o que é público. Público faz referência a tudo que não envolve o âmbito individual, privado, mas sim, o que é comum a todos, que não pertence a ninguém e que é gerenciado pelo governo para atender às necessidades coletivas. São exemplos de termos que usamos quando nos referimos ao que é comum a todos cidadãos: saúde pública, educação pública e segurança pública. Assim, o termo política pública é utilizado como guia para solucionar um problema de ordem pública, ou seja, forma com que o Estado se organiza e cria estratégias para solucionar os problemas sociais atendendo aos interesses coletivos. Também podemos entender como a forma com que problemas, pontos de vista e interesses das sociedades são resolvidos de forma pacífica com ações e estratégias, sem uso de violência (HOFLING, 2001). É importante destacarmos aqui que essas ações e estratégias devem ser planejadas de forma sustentável, ou seja, que busquem diminuir as diferenças socioeconômicas, que preservem os recursos naturais e que melhorem as condições de vida das pessoas e promovam a inclusão, embora isso nem sempre aconteça (SILVA; SOUZA-LIMA, 2010).

3 CLASSIFICANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas públicas podem ser classificadas de diversas formas, dependendo da referência e dos critérios que utilizarmos. Aqui, iremos abordar apenas algumas classificações. Secchi (2013) usa o critério de impacto social para classificação das políticas públicas, que podem ser:

- Políticas regulatórias: determinam regras e padrões para direcionar a atuação dos atores públicos e privados. São representadas pelas leis, normas, decretos, portarias, resoluções normativas, entre outras. Exemplos dessa política são as leis e normas para garantir a segurança alimentar, a proibição de fumo em locais fechados, as normas para publicidade de alguns tipos de produtos, entre outras.
- Políticas redistributivas: buscam redistribuir os bens produzidos pela sociedade de forma equitativa, ou seja, reduzir a desigualdade social por meio da redistribuição de benefícios. São exemplos desse tipo de política os programas de reforma agrária e o estabelecimento de cotas raciais.
- Políticas distributivas: referem-se à alocação de recursos, bens e serviços públicos, priorizando determinados segmentos da sociedade. Esse tipo de política, de modo geral, envolve troca de favores, por isso muitas vezes é confundida como assistencialismo ou conflito de interesse. São exemplos deste tipo de política as ementas parlamentares que são direcionadas a obras e serviços para regiões específicas, gratuidade de taxas e serviços para determinados grupos, incentivos fiscais, entre outros.
- Políticas constitutivas: se encontram acima dos demais tipos de políticas, pois estabelecem as funções de cada esfera de poder, a forma com que as disputas políticas irão ocorrer e como devem ser elaboradas as políticas públicas. Como exemplos deste tipo de política podemos citar as normas eleitorais e as regras para participação da sociedade civil nas decisões governamentais.

Secchi (2013) também usa uma segunda classificação das políticas públicas de acordo com a sua abrangência:

- Políticas públicas universais: são elaboradas para abranger toda a população. São exemplos de políticas públicas universais o Programa Nacional para o Controle dos Distúrbios de Iodo (iodação do sal para consumo humano) e a fortificação das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico.
- Políticas públicas focalizadas: são elaboradas para atingir um segmento específico da sociedade que apresenta uma característica que a coloca em risco ou vulnerabilidade em relação aos demais segmentos. Essa característica pode ser idade, sexo, localização do domicílio, renda, entre outras. São exemplos de políticas focalizadas o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e o Programa Bolsa Família.

Por fim, Secchi (2013) ainda classifica as políticas públicas em relação a seu grau de intervenção:

- Políticas públicas estruturais: são políticas que influenciam nos determinantes sociais, especialmente nos macros determinantes. Os macrodeterminantes sociais influenciam os demais fatores que geram o problema público como renda, trabalho e emprego. Esse tipo de política busca promover a justiça social.
- Políticas públicas emergenciais: visam resolver ou amenizar um problema de forma emergencial influenciando os fatores causais.

Essas são algumas das classificações de políticas públicas. Há outras referências e tipologias que poderíamos contemplar aqui, mas não há intenção de estender e aprofundar o tema, apenas fazer com que você compreenda como funcionam as políticas públicas.

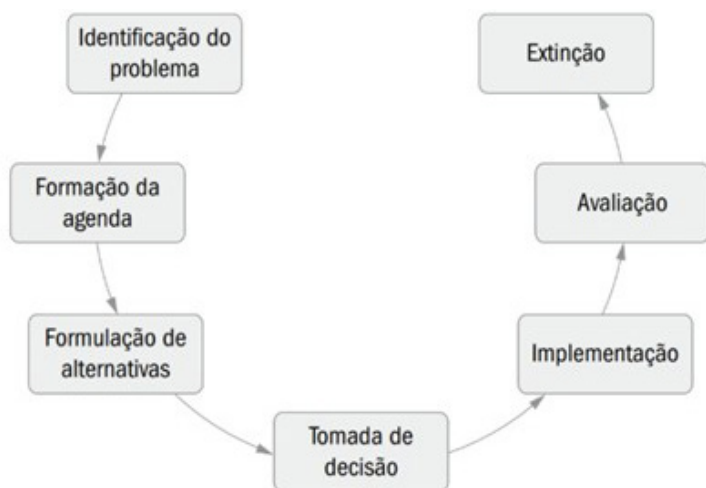


Você sabe o que são determinantes sociais? Na área da saúde, para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. Para saber mais sobre o assunto, visite a página da CNDSS: <http://dssbr.org/site/>.

4 O CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Ao pensarmos em políticas públicas, precisamos compreender que sua formulação envolve diversas etapas até, de fato, termos resultados visíveis. Essas etapas constituem o ciclo das políticas públicas e envolvem a identificação do problema, a formação da agenda, a formulação de alternativas, a tomada de decisão, a implementação, a avaliação e, finalmente, sua extinção (Figura 1). Esse ciclo é necessário para que os atores envolvidos no processo possam verificar todo o processo de forma clara e simplificada (SECCHI, 2013).

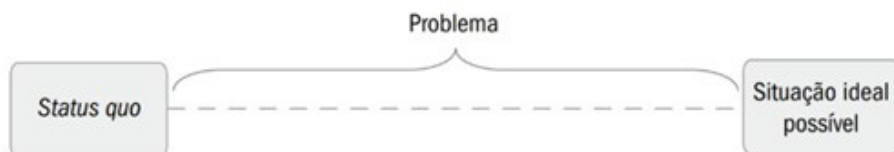
FIGURA 1 – CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS



FONTE: Secchi (2013, p. 43)

A primeira etapa do ciclo das políticas públicas é a identificação do problema. Um problema é a diferença entre um *status quo* (situação não ideal) e uma situação ideal possível (Figura 2). Assim, quando pensamos em problema público, estamos falando da diferença entre a realidade pública e uma situação que gostaríamos que fosse. No entanto, o problema público é subjetivo, pois depende da percepção de um determinado grupo de pessoas. Para que seja de fato um “problema público”, deve-se necessariamente ser reconhecido como problema e ter implicações sobre um número considerável de pessoas (SECCHI, 2013). Como esse problema é identificado? Para que um problema seja de fato reconhecido como tal, é fundamental que seja realizado um diagnóstico situacional. Para tanto, a participação da sociedade civil é de extrema importância, tendo em vista que poderão ser apresentadas as necessidades da comunidade para o poder público. A participação da sociedade pode e deve ser realizada em todos os níveis de decisões do poder público (municipal, estadual, federal), por meio de conselhos, audiências públicas, conferências, orçamento participativo, entre outras (JAIME, 2019).

FIGURA 2 – O PROBLEMA



FONTE: Secchi (2013, p. 10)

Como você deve observar nos noticiários e em seu dia a dia, os políticos utilizam os problemas públicos como ferramenta de trabalho. À medida em que são identificados problemas que atingem um determinado grupo de pessoas, esses atores políticos têm uma oportunidade para demonstrar seu trabalho para a sociedade. Se houver muitos problemas que são importantes para diversos setores da sociedade civil, como fazer para solucioná-los? A partir desse desafio, institui-se o próximo passo do ciclo das políticas públicas, que é o estabelecimento da agenda (SECCHI, 2013).

A agenda de um programa de governo é formada por um conjunto de problemas identificados por meio do diagnóstico das necessidades que são prioritários para a sociedade e que merece intervenção pública. No entanto, para que um problema faça parte de uma agenda de governo, diversos atores políticos precisam e devem entendê-lo como suficientemente importante para receber alguma intervenção e sua solução deve ser possível de ser solucionada pelo poder público (SECCHI, 2013).

A terceira etapa do ciclo das políticas públicas é a formulação de alternativas. À medida que um problema é incluído na agenda política, deve-se reunir esforços para encontrar a solução do problema por meio do estabelecimento de objetivos e estratégias. Para que servem os objetivos e estratégias? Vamos responder a essa questão por partes. O estabelecimento de objetivos de forma

clara e concreta permite que uma determinada política pública implantada para resolver um problema específico seja avaliada em relação a sua eficácia. Quanto mais claro e específico for o objetivo, mais fácil de verificar se a política está solucionando o problema público. O estabelecimento de objetivos claros também servirá para as próximas etapas do ciclo das políticas públicas, que é a tomada de decisão, implementação e avaliação da política pública (SECCHI, 2013).

A solução do problema também passa pela definição de estratégias para atingir cada um dos objetivos estabelecidos a priori. Para cada estratégia definida, há uma série de recursos técnicos, humanos, financeiros e materiais envolvidos (SECCHI, 2013).

A quarta etapa do ciclo da política pública é a tomada de decisões. Em outras palavras, é nessa fase que a administração pública, ou governantes fazem escolhas, optando por determinadas alternativas em detrimento a outras para solução de um problema. Apesar de ser o governo efetivamente quem toma a decisão final, sabemos que há influência de diversos atores, e cada parte envolvida defende seus interesses. Assim, essas decisões são, muitas vezes, resultado da escolha dos atores que têm mais influência e poder político. A partir disso, uma escolha torna-se oficial na forma de leis, decretos, normas e resoluções. No entanto, a tomada de decisão não significa necessariamente que a política será implantada, pois depende de uma série de outros fatores que estão diretamente envolvidos, tais como contexto econômico, político, tecnológico, social entre outros (DIAS; MATOS, 2012).

A quinta etapa do ciclo da política pública é sua implementação. Nessa fase, o que estava até então no papel se concretiza (DIAS; MATOS, 2012). As linhas de ação são definidas e são criados os instrumentos para a implementação das políticas públicas na forma de leis, decretos, resoluções, planos, programas, normas, entre outros (JAIME, 2019). É nessa fase que podemos observar o que popularmente consideramos “leis que não pegam” ou políticas que, no momento de sua implementação para solucionar determinado problema público, acaba seguindo rumos inesperados, diferente do que havia sido acordado ou planejado (SECCHI, 2013).

Assim como as demais etapas do ciclo das políticas públicas, a implementação também envolve diversos atores e organizações com competências, interesses e comportamentos distintos. Nessa hora que a capacidade de liderança e coordenação do processo do administrador público é testado. O governo, representado pelo administrador público, deve ser capaz de gerenciar as diferentes motivações e interesses dos atores envolvidos, compreender as implicações técnicas e legais, as deficiências e conflitos organizacionais, além de ser capaz de gerenciar as negociações políticas (SECCHI, 2013).

FIGURA 3 – EXEMPLO DE INSTRUMENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA



FONTE: Jaime (2019, p. 7)

Após termos concretizado ou colocado em prática uma ideia, depois de um certo tempo precisamos nos questionar se aquele plano, agora concretizado, está rendendo os resultados que esperamos obter quando o idealizamos. Nas políticas públicas, essa avaliação também deve acontecer. Assim, a penúltima etapa do ciclo das políticas públicas é a avaliação da política pública implementada. É nesse momento que vamos verificar se obtivemos sucesso ou falhamos nos projetos que foram colocados em prática. A avaliação requer uma examinação profunda e detalhada da situação problema que deu origem àquela política (SECCHI, 2013).

O termo “avaliação” sempre nos remete a critérios, notas, indicadores de comparação. Nas políticas públicas é da mesma forma. Para que possamos avaliar uma política, é necessário ter em mãos critérios lógicos que servirão como parâmetros para determinar o êxito ou fracasso da política que está sendo avaliada. Alguns dos critérios que podemos utilizar para essa avaliação são: economia de recursos, produtividade, eficiência econômica (que trata da relação entre recursos utilizados e produtividade), eficiência administrativa, eficácia (que trata do nível de alcance das metas e objetivos estabelecidos) e equidade (homogeneidade

na distribuição dos benefícios a população). Além disso, podemos elaborar indicadores e padrões que permitem uma avaliação mais completa e pontual da situação da política pública (SECCHI, 2013).

Precisamos destacar que, como uma política pública envolve muitos fatores, uma avaliação completa é difícil de ser realizada, pois requer muitas informações e tempo. Assim, na maioria dos casos, a avaliação de uma política pública acaba contemplando apenas alguns indicadores básicos que geralmente não refletem aspectos qualitativo e os todos os resultados obtidos. Outras vezes, a avaliação de uma política se torna difícil, considerando que ela não tem objetivos claros e bem definidos. Ou seja, seu delineamento não foi feito adequadamente, servindo apenas para fins simbólicos do governo (SECCHI, 2013).

Outra questão ou dificuldade que precisamos destacar é a resistência para processos avaliativos daqueles que estão envolvidos diretamente com a idealização e implementação da política pública, especialmente aquelas governamentais. Além de tudo isso, toda política pública tem um tempo de maturação, que vai depender do tipo de política. Quando mais complexa for uma política, mais tempo será necessário até que seja observada a resolução do problema inicial – desde que adequadamente implementada. Isso ocorre porque a implementação de uma política requer ajustes durante o processo, mudanças de comportamento dos atores envolvidos, entre outros fatores (SECCHI, 2013).

Por fim, assim como o ciclo da vida, o ciclo de uma política pública também tem um fim. Há algumas causas de extinção de uma política pública, como: o problema que originou a política é percebido como resolvido ou perdeu importância ou saiu da agenda do governo ou a política é percebida como ineficaz. Além desses fatores, há situações que a política tem um prazo de validade determinado. Ou seja, foi criada para resolver um problema específico ou dentro de um contexto. A extinção de uma política pública é especialmente difícil quando esta é distributiva, pois envolve beneficiários, por exemplo, o programa Bolsa Família (SECCHI, 2013).

5 INSTITUIÇÕES E ATORES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para que as políticas públicas sejam formuladas e implantadas, torna-se necessário o envolvimento de diversos atores representados por indivíduos, grupos, partidos e organizações que influenciam as tomadas de decisões do governo. Esses atores têm como função principal defender seus próprios interesses ou dos grupos que estão representando por meio de pressão, greve, mobilizações etc. Entre esses diferentes atores envolvidos, obviamente, na maioria das vezes, os interesses não serão os mesmos. Para tanto, a implementação de uma política dependerá de um acordo democrático entre as diferentes partes envolvidas (DIAS; MATOS, 2012).

No contexto legislativo e executivo, os políticos são peças fundamentais para as políticas públicas, pois tem a função de propor e colocar em prática projetos que podem melhorar a vida da sociedade. Qual é a diferença entre um político no âmbito legislativo e um político no âmbito executivo? Quando no cargo legislativo, o político tem o poder de controlar o orçamento, determinando quanto e de que forma serão gastos os recursos públicos. O político executivo, por sua vez, é responsável pela administração direta e indireta do órgão público, definindo os ministros, secretários e demais cargos administrativos (SECCHI, 2013).

Entendido a diferença entre os políticos legislativos e executivos, precisamos destacar que eles possuem um diferencial em relação às demais categorias de atores das políticas públicas: foram eleitos democraticamente. São eles que representam os interesses coletivos, possuem a autoridade (embora temporária, de acordo com o tempo de mandato) para tomar as decisões, além de serem símbolos porta-voz da sociedade em cerimoniais públicos. Embora eles sejam representantes dos interesses coletivos, é comum que suas iniciativas também representem seus próprios interesses, de seu partido, seus grupos de apoio e seu território geográfico de origem. Logo, com todos esses interesses envolvidos, muitas vezes há divergência de ideias (SECCHI, 2013).

Um segundo grupo de atores políticos são aqueles designados politicamente. Este grupo é representado pelas funções de confiança e os cargos comissionados. As funções de confiança são temporárias e podem ser exercidas apenas por funcionários públicos concursados, definidos a partir de critérios de confiança, escolhidos politicamente para exercer funções de chefia, assessoramento ou direção. No caso dos cargos comissionados, estes podem ser exercidos tanto por concursados públicos, quanto por pessoas fora da administração pública, não concursados. No entanto, cabe destacarmos que, na maioria dos casos, os cargos comissionados servem como moeda de troca, já que são oferecidos pelos políticos eleitos para pessoas que contribuíram significativamente com a campanha eleitoral (SECCHI, 2013).

Também temos uma terceira categoria denominada “burocratas” ou os funcionários públicos. A função dos funcionários públicos é manter a administração pública ativa, independentemente dos ciclos eleitorais. De acordo com o modelo organizacional idealizado por Max Weber, os funcionários públicos deveriam ser pessoas tecnicamente qualificadas e eficientes, com atuação política neutra e com foco no bem comum (SECCHI, 2013). Há ainda a categoria de beneficiários ou sujeitos de direitos que são o público-alvo de uma determinada política pública, cujas necessidades são reconhecidas pelo Estado (JAIME, 2019).

Além de todos esses, a sociedade civil organizada também faz parte do grupo de atores das políticas públicas. Essas pessoas agem defendendo os direitos sociais dentro do sistema público, fazendo com que os interesses da população sejam priorizados pelos governos quando na formulação de políticas públicas, além de atuar monitorando e fiscalizando sua implementação (JAIME, 2019).

Por fim, há o grupo denominado de “grupo de pressão” ou lobby, composto por determinados segmentos da sociedade que exercem influência sobre as decisões dos governantes na implantação ou não de uma política pública de acordo com o que lhe interessa (JAIME, 2019). Esse grupo geralmente é formado pelo setor privado, como grandes empresas, por exemplo.



RESUMO DO TÓPICO 1

Neste tópico, você aprendeu que:

- Estado são instituições públicas permanentes e que permitem que o governo atue.
- Governo é um conjunto de programas e projetos que são propostos por um grupo de pessoas para toda a sociedade representando o Estado em um determinado período.
- Política pública é a forma com que o Estado se organiza e cria estratégias para solucionar os problemas sociais atendendo os interesses coletivos.
- O ciclo das políticas públicas é constituído pelas seguintes etapas: identificação do problema, a formação da agenda, a formulação de alternativas, a tomada de decisão, a implementação, a avaliação e extinção da política pública.
- Os atores das políticas públicas têm como função principal defender seus próprios interesses ou dos grupos que estão representando.
- A implementação de uma política pública dependerá de um acordo democrático entre os diferentes atores envolvidos.



- 1 Quando tratamos de políticas públicas, os conceitos de Estado e governo são muito utilizados e constantemente confundidos como sinônimos. No entanto, se verificarmos com precisão cada um desses conceitos, veremos que se trata de terminologias distintas que precisam ser corretamente esclarecidas. Diante disso, diferencie Estado e Governo.
- 2 A política pública enquanto área de conhecimento teve suas origens nos Estados Unidos da América. No âmbito da nutrição, as políticas públicas atravessam os diferentes pontos do sistema alimentar, da produção ao consumo. Sobre essa temática, responda o que são políticas públicas?
- 3 As políticas públicas podem ser classificadas segundo diferentes critérios: quanto ao seu papel nas relações sociais, quanto à abrangência e quando ao grau de intervenção. Considerando essas classificações, cite e explique pelo menos três tipos de políticas públicas.
- 4 A formulação de políticas públicas envolve um processo que apresenta diversas fases que denominamos “Ciclo das Políticas Públicas”. Por meio deste entendimento podemos esquematizar as fases e formas de uma política pública, bem como entender os intervenientes para sua formação. Explique detalhadamente o ciclo das políticas públicas.

CENÁRIO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL

1 INTRODUÇÃO

Neste tópico vamos compreender porque a temática da alimentação e nutrição tem ganhado cada vez mais espaço na agenda das políticas públicas. Especialmente, a partir do século XX, a alimentação da população e sua relação com o modelo de desenvolvimento econômico e social adotado pelo país tem impulsionado uma série de iniciativas, exitosas ou não, para superação da fome e pobreza que vitimizaram e ainda vitimizam uma significativa parcela da população.

Ao longo deste panorama histórico que vamos fazer, você vai perceber que a história das políticas de alimentação e nutrição do Brasil se entrelaça com o contexto político brasileiro e com a própria evolução da ciência da nutrição enquanto área de conhecimento.

Na primeira parte deste tópico vamos relembrar como surgiram os primeiros estudos na área de nutrição, época que tínhamos basicamente duas vertentes científicas: uma mais biológica, direcionada para estudos relacionados à fisiologia da nutrição, e outra mais relacionada aos aspectos sociais, focada em compreender relação entre a nutrição e a sociedade. Como nosso foco são políticas públicas, obviamente voltaremos nossos estudos para esta segunda vertente. Você sabia que as primeiras políticas públicas na área de alimentação e nutrição surgiram no mesmo período em que foi criado o salário mínimo? Aliás, o salário mínimo foi instituído para que os trabalhadores pudessem adquirir uma alimentação essencial mínima para sobreviver. Interessante observar que o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), política pública implantada após a criação do salário mínimo também tinha muita relação com a classe trabalhadora do Brasil. Porque será que essas primeiras políticas eram direcionadas apenas aos trabalhadores?

Em seguida, vamos aprofundar nas políticas públicas demais políticas públicas de nutrição que foram surgindo à medida em que os governos que tomaram conta do Brasil também foram sendo substituídos por outros. Tivemos a criação da Comissão Nacional de Alimentação, que criou importantes políticas públicas que existem até hoje, como a iodação do sal de cozinha e o Programa Nacional de Alimentação Escolar.

Destacaremos ao longo do caminho histórico a criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, importante órgão criado na década de 1970 que instituiu o primeiro Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), logo substituído pelo II PRONAN. Outro importante marco que vamos ver neste período foi a criação do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT).

Para finalizar, vamos compreender porque as políticas públicas na área de nutrição sempre foram insipientes para resolver a problemática da fome e em que momento uma nova perspectiva tomou forma e os esforços começaram a ser direcionados à busca pela segurança alimentar e nutricional.

2 PRIMEIRAS INICIATIVAS

Esboços de políticas públicas de alimentação e nutrição datam do período imediato pós Primeira Guerra Mundial e se entrelaçam com a origem da nutrição como área de conhecimento científico. No entanto, precisamos lembrar que, muito antes desse período, a alimentação já era foco de estudos.

Um dos primeiros estudos da área relacionados à alimentação foi desenvolvido pelo químico francês Antoine Laurent de Lavoisier ainda no século XVIII, evidenciando a relação entre o processo respiratório e o metabolismo dos alimentos. Outros estudos surgiram posteriormente, no século XIX, sobre proteínas e mais tarde, no século XX, o surgimento do conceito de vitamina (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

Os problemas de alimentação ocorridos durante a Primeira Guerra Mundial também contribuíram para a evolução da produção científica com a temática, em especial, estudos com foco em suas raízes sociais e econômicas. Entre 1915 a 1935, Países da Europa, Ásia e América, que detinham certo grau de desenvolvimento urbano e industrial foram os primeiros a investir nessa área e criar instituições científicas com objetivo de resolver os problemas alimentares que acometiam grande parte da população mundial na época (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

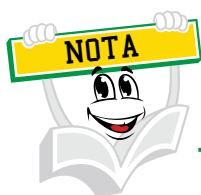


Para entender melhor o problema de alimentação ocorridos durante a Primeira Guerra Mundial assista esses cinco episódios que tratam sobre esse período acessando este link: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLhZBQuSBuAqLq18gAucJdtybkWjCPEY9s>.

Para podermos compreender o restante da história e a evolução científica da área de alimentação e nutrição, precisamos lembrar que no período pós Primeira Guerra Mundial diversos países, especialmente europeus, tiveram suas economias destruídas pelos combates e enfrentavam situações muito graves de fome e pobreza. Essa situação se agravou ainda mais na Segunda Guerra Mundial, em que a expansão dos conflitos, além do continente europeu, comprometeu direta e indiretamente a economia mundial (IPEA, 2014).

Agora que já conhecemos um pouco de como os estudos na área de nutrição iniciaram em nível mundial, vamos focar em como a nutrição se desenvolveu cientificamente no Brasil. Somente assim conseguiremos compreender como originaram-se as políticas públicas de alimentação e nutrição, bem como sua evolução até o contexto atual.

Também por volta da década de 1930, surgiram no Brasil dois grupos de médicos influenciados pelas instituições científicas internacionais dispostos a estudar a questão da alimentação no contexto brasileiro. Um grupo direcionou seus estudos envolvendo a então denominada “fisiologia da nutrição”, centrada em investigar aspectos biológicos, clínicos e experimentais da nutrição. O outro, por sua vez, influenciado pelo médico argentino Pedro Escudero, preocupou-se em investigar a relação entre a nutrição e sociedade. Embora os dois grupos de estudiosos focassem em temáticas distintas, ambos se apoiavam cientificamente e foram fundamentais para o desenvolvimento científico da nutrição (BARROS; TARTAGLIA, 2003).



Pedro Escudero foi um médico argentino que criou o Instituto Nacional de Nutrição em 1926. Em 1933 criou a Escola Nacional de Dietistas e, posteriormente, o curso de médicos “dietólogos” da Universidade de Buenos Aires. As concepções de Escudero sobre o campo da nutrição foram disseminadas por meio da oferta de bolsas de estudos anuais para os Cursos de Dietética no Instituto para todos os países da América Latina. Entre os brasileiros que estudaram com Pedro Escudero, destacam-se Firmina Sant’Anna e Lieselotte Hoeschl Ornellas (curso de dietistas) e Josué de Castro (estágio).

No entanto, acadêmico, como nosso foco é compreender a origem das políticas públicas de alimentação e nutrição, vamos nos deter especificamente na vertente histórica da nutrição e seus aspectos sociais.

Embora vários médicos estudiosos se dedicaram às pesquisas em ambas as áreas de nutrição, certamente o que mais se destacou pela sua trajetória e contribuição científica foi o médico pernambucano Josué de Castro, muito influenciado também por Pedro Escudero (BARROS; TARTAGLIA, 2003). Você já deve ter conhecido um pouco de seu legado em outras disciplinas do curso, a exemplo de sua clássica obra *Geografia da Fome*, publicado em 1946.

FIGURA 3 – MAPA DAS ÁREAS ALIMENTARES DO BRASIL

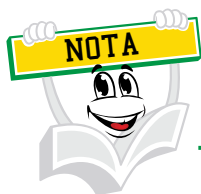


FONTE: Castro (1984, p. 31)

FIGURA 4 – MAPA DAS PRINCIPAIS CARÊNCIAS EXISTENTES NAS DIFERENTES ÁREAS ALIMENTARES DO BRASIL



FONTE: Castro (1984, p. 32)



Josué Apolônio de Castro foi médico, nutrólogo, geógrafo, sociólogo, político, intelectual e, sobretudo, um humanista brasileiro, indicado três vezes ao Prêmio Nobel da Paz. Ele foi embaixador do Brasil na Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), no qual presidiu o conselho executivo. Seus estudos e pesquisas criaram as bases para a instituição do salário mínimo e do Programa Nacional de Alimentação Escolar. Para compreender mais sobre a importância de Josué de Castro para a área de nutrição, veja o vídeo no link: <https://www.youtube.com/watch?v=fQrwW1sjHyI>.

Antes disso, ainda na década de 1930, Josué de Castro e seu grupo de cientistas realizaram as primeiras pesquisas sobre orçamentos familiares e perfil de consumo alimentar, que foram a base para se conhecer o problema alimentar da população brasileira e delinear as políticas de alimentação no âmbito governamental durante quase as três décadas seguintes (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

Em um de seus primeiros e mais importantes estudos, Josué de Castro investigou as condições de vida das classes operárias de Recife e mostrou a deficiência calórica e nutricional na qual os trabalhadores estavam submetidos. Esse estudo foi comparado com outros inquéritos realizados na mesma época por estudiosos de diferentes regiões do país, os quais também identificavam que, independentemente do local e da situação econômica, a alimentação era qualitativamente inadequada, com carência de proteínas de alto valor biológico e de minerais, como ferro e cálcio. Com esses resultados, Josué de Castro e demais pesquisadores, mostraram que as condições sociais e econômicas às quais a população estava submetida influenciavam diretamente na alimentação. Em outras palavras, concluíram o que já se sabia empiricamente: que o povo vivia em condições precárias e sofria com a fome (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

Os resultados desses estudos foram fundamentais para o desenvolvimento da política salarial. Você deve se perguntar o que tem a ver a alimentação com a implantação do salário mínimo? A resposta é: tudo! Com a instituição do salário mínimo pelo governo de Getúlio Vargas, a população trabalhadora poderia, teoricamente, adquirir uma “ração” ou alimentação essencial mínima, suficiente para atender suas necessidades nutricionais (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

Além da política salarial, os estudos realizados serviram para que os cientistas apoiassem tecnicamente o Estado e propusessem alternativas para solucionar o problema nutricional dos brasileiros. Para tanto, mesmo que reconheçam que a causa desse problema era a pobreza que assolava a população, sugeriram duas possibilidades de trabalho: práticas educativas que ensinassem a população a se alimentar corretamente e promover o abastecimento de alimentos, ou, em outras palavras, usá-lo de forma racional. O Estado, por sua vez, optou durante muito tempo em uma terceira alternativa que consistia basicamente na distribuição de alimentos à população (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

Em 1940, o Estado, preocupado com os apontamentos dos cientistas em relação aos problemas nutricionais da população que não estavam sendo solucionados, cria e passa a executar uma das primeiras políticas públicas para tentar minimizar a inadequação alimentar em uma parcela da população: os trabalhadores. É criado o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS). De certa forma, o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) vigente desde a década de 1970, teve sua forma embrionária no SAPS, o qual tinha por objetivo a oferta de alimentação adequada para trabalhadores por meio de restaurantes populares locais com comercialização de gêneros alimentícios a preços subsidiados, desenvolvimento de atividades de educação nutricional para os trabalhadores e suas famílias, além de disponibilizar cursos de formação técnica especializada e apoiar o desenvolvimento de estudos sobre alimentação (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

O SAPS teve sua origem no Serviço Central de Alimentação, criado pelo então Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e dirigido por um grupo de conselheiros formado, em sua maioria, por médicos nutrólogos liderados por Josué de Castro. Se você lembrar o que foi mencionado anteriormente, esse grupo de cientistas trabalharam por muitos anos junto com o Estado brasileiro orientando na execução das políticas de alimentação e nutrição no país. O SAPS durou quase três décadas, passou por várias alterações na forma de execução de suas atividades até ser extinto em 1967 (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

Precisamos destacar que, entre o período de criação do SAPS, na década de 1940 e sua extinção, outras instituições foram criadas com o objetivo correlato de investigar as condições nutricionais da população brasileira orientando o desenvolvimento das políticas de alimentação e nutrição, todas também envolvendo o mesmo grupo de cientistas de Josué de Castro.

No âmbito internacional, assim como o Brasil, o mundo também continuava enfrentando graves problemas com a fome e destruição das economias ocasionadas pelas guerras mundiais. Assim, em 1943, diante do cenário de calamidade e da iminência do fim da Segunda Guerra, as Nações Unidas convocaram a Conferência de Alimentação de Hot Springs, nos Estados Unidos, como estratégia para discutir a questão da fome no âmbito internacional. O evento tinha como propósito incentivar a soberania dos países na produção agrícola. No entanto, as propostas não foram aprovadas, mas em compensação, definiu-se a criação da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (Food and Agriculture Organization – FAO), que se concretizou em 1945 e contou com a participação do Brasil desde o início. A FAO constitui, desde então, um organismo de articulação internacional politicamente neutro que elabora ações contra a fome mundial (IPEA, 2014).

3 PRIMEIROS PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Voltando para a situação brasileira, cria-se, por meio do Decreto-Lei nº 7328, de fevereiro de 1945 (extinta em 1972), a Comissão Nacional de Alimentação (CNA) – órgão do Conselho Federal de Comércio Exterior e, posteriormente transferido para o Ministério da Educação e da Saúde. A CNA tinha como principal função a realização de estudos sobre a alimentação da população brasileira, bem como promover educação nutricional e assessorar a indústria na elaboração de alimentos desidratados. A CNA estabeleceu o primeiro planejamento mais abrangente de uma política de alimentação e nutrição a ser executada em âmbito nacional. O que tornou esse período do CNA historicamente marcante foi a estruturação embrionária de duas políticas que se mantêm até os dias atuais: a elaboração da lei que determinou a iodação obrigatória do sal de cozinha nas áreas onde havia maior prevalência de bócio em 1953, ainda no Governo Vargas; e a Campanha de Merenda Escolar em 1956, já no governo de Juscelino Kubitschek. Além dessas duas iniciativas, uma série de outras ações governamentais passam a ser implantados e executados na forma de Programas com o objetivo de fornecer assistência nutricional a grupos em vulnerabilidade não contemplados pela SAPS como gestantes, nutrizes e crianças. No entanto, a forma de execução destes programas não era muito eficiente, pois envolvia diferentes instâncias governamentais e complexos trâmites burocráticos, além de pouca integração entre eles e, muitas vezes, com duplicidade de funções e público beneficiado. Cabe destacar que um dos poucos programas que sobreviveram a esse período, evoluiu, mudou sua denominação e continua até o momento foi o Programa Nacional de Alimentação Escolar (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

Essa forma de gestão da política nacional de alimentação e nutrição se estendeu até 1972, quando o CNA foi substituído pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, criado pelo governo Médici, no âmbito do Ministério da Saúde. Assim como o CNA, o INAN tinha como propósito auxiliar o governo na execução da política de alimentação e nutrição. No entanto, apesar de estar setorizado no Ministério da Saúde, o INAN assumiu um discurso de que a nutrição era peça-chave para desenvolvimento social do país, e para que isso fosse possível, seriam necessários unir esforços dos diversos setores governamentais (LE MOS; MOREIRA, 2013).

Para tanto, uma das primeiras ações em seu primeiro ano de existência (1973), o INAN propôs o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) que nada mais era do que a integração de todos os subprogramas da área de alimentação que vinham sendo executados por todos os setores do governo. As ações executadas por meio do PRONAN tinham como foco a suplementação alimentar com público-alvo gestantes, nutrizes e crianças de baixa renda. No entanto, a vigência do PRONAN foi muito rápida, pois foram identificadas diversas inconsistências administrativas que forçaram seu encerramento em 1974 (IPEA, 2014).

E assim, você deve se perguntar: como ficaria a execução de todos os programas que vinham sendo desenvolvidos? Diante desse problema, no ano seguinte, em 1976, o INAN propôs, para o período de 1976 a 1979, o II PRONAN. Esse novo programa tinha com o objetivo de promover o máximo de integração entre os setores do Estado e realizar intervenções em diversas frentes que envolvessem desde a produção até a distribuição de alimentos e, de forma complementar, ações assistenciais de suplementação alimentar. A fim de tornar os programas efetivos, foram elaboradas algumas normativas para implantação dos mesmos, das quais se destacam: os programas deveriam ter como prioridade as populações de baixa renda e em vulnerabilidade biológica (como gestantes e crianças); os alimentos distribuídos como suplementos alimentares deveriam ser o mais próximo possível da alimentação básica da população, respeitando as tradições alimentares; e os alimentos adquiridos pelo governo e distribuídos como forma de suplementação alimentar para a população deveriam ser adquiridos de pequenos agricultores locais, viabilizando a geração de renda para esses produtores (LE MOS; MOREIRA, 2013).

Um importante programa criado nesta época e que continua em vigor até os dias atuais é o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), instituído pela Lei nº 6.321 de 1976, na época estava sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). O objetivo do PAT é que as empresas forneçam refeições nutritivas para seus trabalhadores, promovendo saúde, evitando acidentes de trabalho e, conseqüentemente, melhorando a produtividade. Como incentivo, essas empresas podem deduzir os gastos efetuados no lucro tributável, para fins de Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ) (IPEA, 2014).

Nesse mesmo período, cabe compreendermos algumas questões que estavam ocorrendo no âmbito mundial. Apesar de todos os esforços, o problema da fome, assim como no Brasil, permanecia sem solução efetiva, agravada com escassez nos estoques de alimentos e safras agrícolas pouco produtivas. Como forma de tentar discutir alternativas para minimizar essa situação, as Nações Unidas organizaram a I Conferência Mundial de Alimentação, também em 1974. Surge assim, o movimento que ficou conhecido como Revolução Verde. Ao contrário do que o nome sugere, esse movimento argumentava que, para acabar com o problema da fome mundial, especialmente em países em desenvolvimento (incluindo o Brasil), era necessário potencializar a produção de alimentos por meio da modernização do setor agrícola. Em outras palavras, aumentando a produção de alimentos, a fome e desnutrição desapareceriam. Essa ideia, que parecia promissora, como você pode perceber, atendia aos interesses da indústria de máquinas agrícolas e insumos químicos (fertilizantes e agrotóxicos), ambas em ascensão na época (IPEA, 2014).



Para saber mais sobre a Revolução Verde no Brasil, assista ao documentário *O Veneno está na mesa*, acessando este link: <https://www.youtube.com/watch?v=8RVAgD44AGg>. O documentário aborda como a chamada Revolução Verde acabou com a agricultura tradicional e implantou um modelo que ameaça a fertilidade do solo, os mananciais de água e a biodiversidade, contaminando as pessoas e o ar.

Anos mais tarde, apesar dos países terem recuperado seu potencial produtivo, a fome e desnutrição continuavam atingindo grande parcela da população mundial. No Brasil, também se observava a modernização do setor produtivo agrícola e abundância na produção de alimentos. Por outro lado, constatava-se o aumento de latifundiários, a perda da diversidade de espécies agrícolas e a migração de uma grande parte de agricultores familiares para as áreas urbanas, o que aumentou o desemprego e, por consequência, a pobreza e a fome (IPEA, 2014).

Ainda no mesmo evento (I Conferência Mundial de Alimentação) foi dado um passo importante para o entendimento do problema da fome. Começou-se a compreender que essa problemática direcionada para os aspectos sociais e políticos e não somente para a questão técnica. Ou seja, a causa da fome não era (e não é) simplesmente a falta de oferta e distribuição de alimentos, mas também o acesso a esses alimentos. E, desde então, a FAO assumiu esse discurso em suas ações (IPEA, 2014).

Se você retomar ao início do texto, os estudiosos já mostravam a relação entre a pobreza e a fome desde a década de 1930, mas voltou-se a estudar e compreender melhor essa relação a partir desse momento da história.

A fome, resultante da falta qualitativa e quantitativa de alimentos, pioram as condições de saúde do indivíduo e comprometem seu desempenho físico e intelectual, influenciando assim a geração de renda e acesso aos bens de consumo básico como alimentação, água potável, educação e serviços de saúde, gerando o ciclo vicioso da pobreza e, consequentemente, o agravamento da fome. Assim, com essa concepção ampliada sobre os fatores determinantes da fome e medidas para sua erradicação, as organizações internacionais passaram a utilizar com mais frequência no vocabulário oficial o termo “segurança alimentar”, ampliado posteriormente, na década de 1990, com o componente nutricional, passando a denominar “segurança alimentar e nutricional” (IPEA, 2014).

Um dos pontos positivos do II PRONAN que podemos destacar é que envolvia diversos setores do governo na operacionalização dos programas. O ponto negativo, ou de maior dificuldade, contudo, era esse mesmo aspecto, pois dependia da articulação entre os setores – o que se tratando de políticas públicas, isso muitas vezes é um grande obstáculo – e recursos orçamentários

dos órgãos nos quais os programas estavam vinculados. Assim, como você deve imaginar, no decorrer de sua vigência, o desenvolvimento efetivo do II PRONAN foi gradativamente comprometido (BARROS; TARTAGLIA, 2003). Você sabe por que essas dificuldades foram tão determinantes?

Embora o II PRONAN fosse coordenado pelo INAN, setorizado no Ministério da Saúde, seus subprogramas estavam sob responsabilidade de outros setores como Ministério do Trabalho, Ministério da Agricultura, entre outros que, na maioria das vezes, não tinham como prioridade (especialmente orçamentária) a execução desses programas. Além disso, o INAN não tinha autonomia suficiente de interferir politicamente na execução desses programas setorizados nestes outros órgãos governamentais (VASCONCELOS, 2005).

A década de 1980, no contexto histórico político, marca o fim da ditadura e a retomada da democracia com o nascimento da denominada Nova República (1985). A emergência de movimento sociais colocam em pauta temas para enfrentamento das questões sociais como direito à saúde, geração de empregos, reforma agrária e combate à fome. Nesse novo momento político, pode-se considerar que a área de alimentação e nutrição, especificamente a segurança alimentar, foi uma das prioridades na agenda da Nova República, especialmente nos dois primeiros anos de governo. É nesse contexto que surge, oficialmente, o termo “segurança alimentar” em 1985, quando o Ministério da Agricultura propôs um plano nacional de segurança alimentar e nutricional que tinha como objetivos atingir a autossuficiência na produção agrícola e atender às necessidades nutricionais da população. Embora a proposta não tenha sido colocada em prática, ganhou atenção na 1ª Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde) promovida pelo INAN em 1986.

Por meio desse evento emerge uma série de proposições que sinalizam a alimentação como direito de todos cidadãos, condição fundamental para a vida. Com isso, começa-se a compreender a alimentação também como um direito humano, sem a qual não se concretizam os demais direitos humanos, como saúde, trabalho e educação. Se lembrarmos do contexto mundial nesse período essa perspectiva mais ampla de reconhecer a alimentação como direito humano já estava sendo utilizada no âmbito internacional, quando os organismos internacionais passam a tratar a conjuntura dos problemas alimentares do mundo no âmbito da segurança alimentar e nutricional (IPEA, 2014).

4 BUSCA PELA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Entre o final da década de 1980 e início dos anos 1990, a instituição do Sistema Único de Saúde por meio da Lei nº 8080/90 – como consequência do compromisso assumido pela Constituição de 1988 – reconhece a alimentação como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde tanto no âmbito individual como coletivo. Para tanto, a vigilância nutricional e a orientação alimentar foram incluídas no campo de atuação do SUS, representada pela criação do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Desde então, o SISVAN tem como objetivo o monitoramento das condições nutricionais da população por meio da coleta e análise de dados de forma contínua a fim de subsidiar o desenvolvimento estratégias e políticas na área de alimentação e nutrição no âmbito do SUS (LEMOS; MOREIRA, 2013). Guarde o nome desse sistema pois voltaremos a falar especificamente dele em um dos próximos capítulos da disciplina.



A publicação da Constituição Federal em 1988 instituiu que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art. 196).

Para continuarmos com a história das políticas públicas em alimentação e nutrição, você precisa se lembrar do contexto histórico político que marcou o início da década de 1990. O Governo Collor foi marcado por uma série de instabilidades políticas e econômicas que acabou refletindo na execução dos programas e políticas públicas, especialmente na área de alimentação e nutrição, os quais, em grande parte, foram extintos. O Programa de Merenda Escolar, por exemplo, estava atendendo, em média, somente 30 dias/ano ao invés da meta de 180 dias/ano. Essa conjuntura mobilizou a sociedade civil para a criação do movimento “Ética na Política”, que lutava especialmente contra a corrupção. A mobilização social e denúncias de corrupção culminaram com o impeachment de Collor no final de 1992 (VASCONCELOS, 2005).

Em 1993, a sociedade civil organizada, inspirada no movimento pela Ética na Política, deu origem a “Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida”, coordenado pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho (Figura 1). Esse movimento chamou atenção pública para a questão da fome e miséria e levou a estruturação de inúmeros Comitês de Solidariedade em todo o país. A forma de atuação desses comitês consistia na arrecadação e doação de cestas básicas às populações de baixa renda. Nesse momento, o Partido dos Trabalhadores (PT) elaborou e lançou uma proposta de Política Nacional de Segurança Alimentar.

FIGURA 5 – BETINHO DISTRIBUINDO CESTAS BÁSICAS



FONTE: <<https://www.acaodacidadania.com.br/nossa-historia>>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

Somando todas essas forças, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA sensibilizou o país com o documento encomendado pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, denominado “Mapa da Fome: Subsídios à Formulação de uma Política de Segurança Alimentar”. Esse importante documento escancarava, com dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios de 1986 e 1990, a situação da “calamidade social” em que se encontrava grande parte da população brasileira. Os dados deste estudo mostraram que o Brasil tinha 31,6 milhões de indigentes cuja renda per capita garantia no máximo a alimentação, e 61,3 milhões de pobres que conseguiam adquirir com sua renda per capita a alimentação e outras necessidades básicas como educação, transporte, vestuário e educação (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

Com base nesses dados, o governo federal, nesse período governado por Itamar Franco, priorizou o combate à fome com ações distribuídas em todos os ministérios e estipulou que fossem levadas em consideração as propostas do Movimento pela Ética na Política e por lideranças do Partido dos Trabalhadores (PT). Estes últimos também apresentaram ao presidente Itamar Franco a criação de uma política de segurança alimentar e a formação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA). Assim, o governo federal criou ações articulando políticas direcionadas à produção de alimentos e reforma agrária e, como estratégia emergencial, foram propostas medidas para garantir a qualidade dos alimentos e incentivar a alimentação saudável. Com esse mesmo intuito, foi criado pela primeira vez o CONSEA, que auxiliou na elaboração do Plano de Combate à Fome e à Miséria. A iniciativa do plano buscava integrar a sociedade civil (cidadãos) e as três esferas governamentais (municipal, estadual e federal) para tentar solucionar o problema da fome no país por meio da melhoria da gestão e execução dos programas setoriais. Além disso, também previa ações prioritárias dentro de cada um dos Ministérios (Agricultura, Fazenda, Trabalho, Educação, Saúde, entre outros) que pudessem contribuir com a melhoria da situação alimentar da população. O fato de ser um plano muito amplo impossibilitou sua execução.

Assim, como forma alternativa, foram priorizados apenas alguns programas: Merenda Escolar, Alimentação do Trabalhador, Combate à Desnutrição Materno-Infantil, Assentamentos de Trabalhadores Rurais, Distribuição Emergencial de Alimentos e de Geração de Renda (VASCONCELOS, 2005).

Em 1994, por iniciativa do CONSEA e do movimento “Ação de Cidadania contra a Miséria, a Fome e pela Vida”, foi realizada a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, com presença de cerca de dois mil participantes tendo como tema principal “Fome, questão nacional”. O relatório da conferência enfatizou, entre outros aspectos, que a segurança alimentar para toda população é princípio básico para o desenvolvimento econômico e social do país e para que isso ocorra seriam necessárias ações intersetoriais entre governo e sociedade civil (IPEA, 2014).

Apesar de ser um discurso inovador por parte do governo e contar com uma ampla mobilização social, as intervenções continuavam limitadas e pouco expressivas por meio da distribuição de alimentos. Ou seja, as ações que previam a intersectorialidade e articulação das instituições não tiveram êxito e foram gradativamente sendo extintas assim como o próprio CONSEA (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

É importante lembrarmos aqui que estamos no final de 1994, fim da gestão de Itamar Franco, e a mudança de gestão geralmente traz muitas novidades. Em 1995, assume o mandato de presidente da república Fernando Henrique Cardoso. Em seus primeiros dias de governo lançou o Programa Comunidade Solidária (PCS) como estratégia para combater a fome e desigualdade social. Esse programa tinha por objetivo articular e coordenar estratégias a médio e longo prazo associado com ações descentralizadas e imediatas que contemplavam as populações vulneráveis. Em substituição ao antigo CONSEA, foi criado o Conselho da Comunidade Solidária, também composto por membros da sociedade civil e diferentes ministérios (IPEA, 2014).

Caro acadêmico, se você prestar atenção em todo histórico das políticas e programas de alimentação e nutrição no Brasil, perceberá que até esse momento da história, as estratégias para erradicação da fome, principal problema nutricional durante décadas, foram poucos efetivas. Isso, de certa forma, repetiu-se no caso do PCS. Para cumprir essa agenda do PCS, a proposta dividia a responsabilidade do governo e resolvia o problema com organizações sociais locais como empresas, sindicatos e ONGs. A estratégia era que as ações financiadas por essas instituições fossem desenvolvidas de acordo com as necessidades de cada local (IPEA, 2014).

No âmbito do governo, foram criados seis grandes objetivos a serem cumpridos por meio de programas distribuídos entre os vários ministérios. Parte desses programas já vinham sendo executados por governos anteriores. Outros foram criados e absorvidos pela agenda do PCS. Os objetivos, programas e os ministérios aos quais estavam vinculados eram (BARROS; TARTAGLIA, 2003):

- a) Redução da Mortalidade na Infância (Ministério da Saúde): Programa de Combate às Carências Nutricionais, Programa Nacional de Imunização (PNI), Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Ações de Saneamento Básico da Fundação Nacional de Saúde;
- b) Melhoria das Condições de Alimentação (Ministérios da Educação e da Agricultura e do Abastecimento): Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e Programa de Distribuição de Alimentos (PRODEA);
- c) Apoio ao Desenvolvimento Pré-Escolar e ao Ensino Fundamental (Ministério da Educação): Programa Nacional de Transporte Escolar (PNTE), Programa de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental (PMDE), Programa de Desenvolvimento da Educação Pré-Escolar, Programa Saúde do Escolar;
- d) Melhoria das Condições de Habitação e Saneamento (Ministério do Planejamento e Orçamento): Programa Habitar – Brasil, Programa de Ação Social em Saneamento (PASS);
- e) Fortalecimento da Agricultura Familiar, Ministério da Agricultura e do Abastecimento: Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF);
- f) Geração de Emprego e Renda e Qualificação Profissional (Ministério do Trabalho): Plano Nacional de Formação Profissional (PLANFOR), Programa de Geração de Emprego e Renda (PROGER) e Intermediação Profissional.

Em relação às estratégias implementadas pelo governo federal entre 1990 e 1999, alguns avanços importantes foram observados como a descentralização, o envolvimento interministerial em algumas ações e a menor superposição em relação aos governos anteriores. Acreditava-se que essa estratégia inovadora de somar esforços fosse capaz de estruturar uma política permanente e efetiva de combate à pobreza e suas consequências como a fome e desnutrição. No entanto, na prática, grande parte das ações eram emergenciais, fragmentadas e esparsas pelo território nacional, exclusivas de municípios prioritários (mais pobres) de cada Estado. Assim, como você deve estar prevendo, o PCS não teve êxito como política pública para combate à pobreza pois, além de seu caráter emergencial, enfrentou diversos problemas como instabilidade financeira, gestão pouco efetiva e legitimidade da participação da sociedade civil (IPEA, 2014).

Em 1999, já no segundo mandato de FHC, dois outros programas foram implementados como forma de minimizar o não cumprimento das metas da gestão anterior: o Programa Comunidade Ativa que era o PCS reformulado, sem muitas novidades, e o Programa de Desenvolvimento Local Integrado Sustentável (DLIS), que tinha como proposta mobilizar as comunidades locais para que elas próprias definissem suas prioridades e elaborassem seus planos de desenvolvimento assessorados por consultores contratados e pelo Serviço Brasileiro à Micro e Pequenas Empresas (Sebrae). Assim como você observou em relação às estratégias anteriores de combater o “ciclo vicioso” da pobreza e fome, esses programas também não foram bem-sucedidos (IPEA, 2014).

Por outro lado, uma das grandes conquistas desse ano de 1999 na área de alimentação e nutrição, foi a aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). A aprovação da PNAN foi resultado de um esforço coletivo iniciado pelo INAN durante a Conferência Mundial de Alimentação, em 1996 e concretizado em 1997 com a escolha do tema como uma das políticas que iriam ser integradas ao SUS. Após uma ampla discussão entre os diferentes órgãos governamentais, organismos internacionais e sociedade civil, a proposta foi enviada para Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovada por meio da Portaria nº 710 de 10 de junho de 1999 (JAIME et al., 2018). Essa primeira PNAN tinha como objetivo “a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais”. Para tanto, a então recém-criada Coordenação Geral de Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) – vinculada ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção Básica à Saúde do Ministério da Saúde – ficou responsável pelo gerenciamento da política no âmbito da gestão federal.

Mas você deve se perguntar: o que significou essa primeira PNAN? Essa conquista possibilitou que todas aquelas ações que vinham sendo realizada de forma pouco efetiva fossem legitimadas no setor da saúde para que se pudesse lutar pela garantia da segurança alimentar e nutricional. A concretização dessa política também enfatizava a necessidade de envolvimento e articulação intersetorial para que se pudesse cumprir com o propósito da PNAN (ALVES; JAIME, 2014). Iremos tratar especificamente da PNAN no próximo tópico.

A partir dos anos 2000, ainda sob a gestão de Fernando Henrique Cardoso, o governo federal implantou diversas medidas por meio de transferência de renda como forma de gerar renda de forma rápida para a população em extrema pobreza. Entre os programas criados e implantados, destacam-se:

- a) Programa Bolsa Alimentação (Ministério da Saúde): buscava atender a gestantes e crianças menores de 6 anos de baixa renda.
- b) Bolsa Escola (Ministério da Educação): distribuía uma bolsa mensal em dinheiro às famílias de crianças e jovens de baixa renda como estímulo para mantê-las frequentando a escola.
- c) Programa Vale Gás (Ministério de Minas e Energia): fornecia pagamento de R\$ 15,00 para cada família com renda de até meio salário-mínimo a cada dois meses, a fim de subsidiar a compra de botijões de gás.
- d) Bolsa Renda (Ministério da Integração Nacional): distribuía uma bolsa no valor de R\$60,00 mensal a famílias residentes em zona rural de municípios em situações de calamidade pública.

No caso da Bolsa Alimentação e Bolsa Escola, os beneficiários precisavam cumprir certas condicionalidades para recebê-las, como não ultrapassar a renda familiar per capita de R\$90,00 e não ter mais de três crianças da família com benefícios de R\$15,00 cada uma (BARROS; TARTAGLIA, 2003). No entanto, todos esses programas tiveram pouca efetividade pelo fato de cada um deles ter seus próprios critérios de execução e terem pouca articulação com outras estratégias de combate à pobreza que estavam sendo desenvolvidas na época (IPEA, 2014).

Durante a campanha eleitoral de 2002, Luiz Inácio Lula da Silva assumiu o compromisso de erradicar a fome no Brasil. E, em 2003, já eleito, Lula implanta essa prioridade em todos os setores do governo com a criação do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e combate à Fome (MESA) com o foco na formulação e implantação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) (LEMOS; MOREIRA, 2013).

Se você prestar atenção, Lula renasceu a proposta que havia entregue ainda na década de 1990 ao presidente Itamar Franco e que não teve êxito. No primeiro ano de governo foi lançado também o Programa Fome Zero (PFZ) sob responsabilidade do MESA. O PFZ foi uma grande inovação em termos governamentais, contando com uma estrutura composta por esse Ministério próprio (MESA) e equipe interministerial para acompanhar e monitorar a implantação das ações de curto, médio e longo prazo com foco na estruturação da PNSAN. Essa proposta tinha como foco a resolução do problema da fome com base na redistribuição de renda e não apenas a oferta de alimentos à população, da forma como vinha sendo executado por décadas pelos governos anteriores (BRASIL, 2010b). A proposta do PFZ considerava que os diferentes grupos populacionais precisavam de políticas específicas para minimizar o problema da fome, que pudessem ser desenvolvidas a curto e médio prazo. O Figura 3 a seguir apresenta um resumo das propostas em cada um dos grupos de políticas (INSTITUTO CIDADANIA, 2001).

FIGURA 6 – ESQUEMA DE PROPOSTAS DO PROGRAMA FOME ZERO



FONTE: Instituto Cidadania (2001, p. 12)

Por meio do PFZ muitos programas no âmbito das políticas de alimentação e nutrição foram criados, reformulados, aperfeiçoados ou fortalecidos. Sobre esses programas, iremos abordá-los ao longo das próximas unidades do curso. No entanto, não podemos deixar de tratar, neste momento, o carro chefe do PFZ: o programa Bolsa Família (BRASIL, 2010b).

O Programa de Transferência Direta de Renda com Condicionalidades, conhecido como Programa Bolsa Família (PBF), originou-se a partir dos demais programas de transferência de renda herdados do governo de FHC. Ou seja, todos os programas que existiam e que citamos anteriormente (Bolsa Alimentação, Bolsa Escola, Auxílio Gás, entre outros) foram unificados em um único programa. A gestão do PBF ficou sob responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), criado pela unificação do MESA, do Ministério de Ação Social e da Secretaria Executiva do PBF (IPEA, 2014). Você sabe porque o PBF foi uma das primeiras e principais estratégias do PFZ?

O PBF tinha como foco principal o alívio imediato da extrema pobreza e da fome, contribuindo com a inclusão social de famílias em situação de miséria. No entanto, estava integrado a uma estratégia maior de desenvolvimento social e econômico que contemplava iniciativas como o fortalecimento da agricultura familiar, a geração de empregos formais e a valorização real do salário mínimo. Toda essa política pretendia contribuir para a interrupção do ciclo intergeracional da pobreza. Esse programa foi, a princípio, uma iniciativa do governo Lula que se consagrou como política de Estado. Por meio do PBF foi possível unificar as ações que estavam sendo desenvolvidas, direcionando-as para a população mais vulnerável em idade ativa, com foco nas crianças. Também conseguiu associar o benefício da transferência de renda com as condicionalidades (BRASIL, 2010b).

A partir do lançamento do PBF foi criado uma forma de cadastrar todos os beneficiários em uma única plataforma conhecida como Cadastro Único para programas sociais (CadÚnico) (IPEA, 2014). Por meio dessa plataforma, operada pela Caixa Econômica Federal, é gerado um número de identificação de cada beneficiário, o que facilita sua identificação em todos os programas sociais, evita sobreposição de ações em um mesmo beneficiário, facilita o gerenciamento e acompanhamento das condicionalidades (LEMOS; MOREIRA, 2013).

Mas quais seriam essas condicionalidades e qual é sua finalidade? As condicionalidades do PBF, como o próprio nome diz, são condições que os beneficiários do programa devem cumprir como forma de continuar recebendo o benefício. As condicionalidades garantem acesso aos serviços básicos de saúde, educação e assistência social. Algumas dessas condicionalidades são: a matrícula de crianças e adolescentes de 6 a 17 na escola, a frequência escolar mínima de 85% para crianças de 6 a 15 anos, o cumprimento do calendário de vacinação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento para crianças de até 7 anos, a realização de pré-natal para gestantes entre outras.



Quer saber mais sobre essas condicionalidades? Acesse o link: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia/gestao-do-programa-1/condicionalidades>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

Dentro dessa nova perspectiva, o CONSEA, que como você deve lembrar tinha sido extinto na gestão de Itamar Franco, foi reconstituído em 2003 com o objetivo de convocar a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (VASCONCELOS et al., 2019). Como se pode perceber aqui neste contexto, a dimensão nutricional já foi incorporada ao termo segurança alimentar, trazendo aspectos referentes à escolha, ao preparo e ao consumo dos alimentos e seu aproveitamento biológico. A recriação do CONSEA também enfatiza que a SAN era prioridade da agenda no governo Lula e traz a ideia de que para conseguir implementar essa agenda era fundamental a articulação intersetorial para que se pudesse institucionalizar a PNSAN e romper a era de iniciativas pontuais e fragmentadas no âmbito das políticas públicas de alimentação e nutrição (JAIME, 2019).

QUADRO 1 – PRINCIPAIS INTEGRANTES DO II PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Nome do programa	Descrição
Programa de Nutrição em Saúde (PNS)	Suplementação alimentar por meio da distribuição de alimentos básicos (arroz, açúcar, feijão, fubá, farinha de mandioca etc.) para gestantes, nutrízes e crianças com até sete anos pertencentes a famílias de baixa renda. A distribuição dos alimentos era realizada por meio da rede de serviços das secretarias estaduais de saúde.
Programa de Racionalização da Produção de Alimentos básico (PROCAB)	Garantir a comercialização da produção a preços mínimos aos pequenos agricultores familiares da região Nordeste.
Programa de Abastecimento de Alimentos Básicos em Áreas de Baixa Renda (PROAB)	Abastecia os pequenos varejistas de regiões carentes das periferias urbanas, com alimentos básicos a preços reduzidos.
Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM)	Incentivar o aleitamento maternos nos serviços de saúde.

Programa de Combate às Carências Nutricionais Específicas (PCCNE)	Prevenção e tratamento de distúrbios nutricionais por deficiência de micronutrientes por meio de ações de fortificação de alimentos e de suplementação vitamínica e mineral.
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)	Monitorar as condições de alimentação e nutrição da população vulnerável, especialmente os participantes dos programas de suplementação alimentar.
Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)	Oferta de refeições no ambiente escolar para estudantes do ensino fundamental (sete a 14 anos) nas escolas públicas e filantrópicas.
Programa de Complementação Alimentar (PCA)	Suplementação alimentar com produtos formulados e distribuídos para populações carentes atendidas em centros assistenciais e organizações comunitárias.
Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT)	Suplementação alimentar garantida por meio da oferta subsidiada de refeições ou cestas básicas de alimentos para trabalhadores (especialmente de baixa renda) do mercado formal.
Programa de Alimentação popular (PAP)	Organizava a venda de alimentos, comprados pela Cobal, à população urbana de baixa renda a preços baixos. Os alimentos eram vendidos diretamente às cooperativas de consumo.

FONTE: Adaptado de Jaime (2019, p. 14)

A II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional foi realizada em 2004 e, entre as propostas aprovadas, priorizou a criação imediata da Lei Orgânica de SAN como forma de estabelecer os princípios, a estrutura e a gestão do Sistema Nacional de SAN, além de enfatizar a necessidade de reconhecer a alimentação adequada como direito básico humano incluindo na Constituição Federal (BRASIL, 2004).

Assim, todas as discussões subsequentes sobre a estruturação de um Sistema Nacional de SAN resultaram na Lei Nacional de nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, conhecida como Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN (SOARES; SANTOS, 2015). A LOSAN criou o SISAN, seus princípios, diretrizes e composição constituída pela Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, CONSEA, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional, os órgãos e entidades de SAN da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; e as instituições privadas sob manifesto de interesse na adesão e que respeito aos critérios, princípios e diretrizes do SISAN (BRASIL, 2006a). A partir da LOSAN, a alimentação adequada passa a ser reconhecida como um direito do ser humano (embora ainda de forma não constitucional), conforme consta em seu segundo artigo:

Art. 2º A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população (BRASIL, 2006^a, p. 3).

A LOSAN também estabelece uma nova definição de SAN:

Art. 3º A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006^a, p. 4).

Ainda em 2006, como parte das ações para implementação da primeira PNAN, foi elaborado e lançado o primeiro Guia Alimentar para a População Brasileira como forma de promover uma alimentação saudável por meio do consumo de alimentos e não nutrientes, com base em práticas alimentares respeitando o contexto social e cultural. Este Guia também já enfatizava a necessidade de ações intersetoriais, embora tendo como protagonista o setor da saúde, para garantir a alimentação adequada e a concretização da SAN (BRASIL, 2006c).

No ano seguinte, em 2007, com o intuito de construir um Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), conforme previsto na LOSAN (2006), foi realizada a III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Nesse evento também foi estabelecido as diretrizes, eixos e prioridades da Política e do Plano Nacional de SAN com foco na soberania alimentar e na promoção do direito humano à alimentação adequada (BRASIL, 2007).

Um dos marcos importantes de 2008 para a área de nutrição e da saúde como um todo – vamos tratar especificamente deste tema no próximo capítulo – foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, cujo principal objetivo foi apoiar a consolidação da atenção básica, ampliando suas ações, bem como a resolutividade, abrangência do serviço por meio da inserção de profissionais de diversas áreas da saúde, entre estas a nutrição (BRASIL, 2008).

Ainda durante a segunda gestão do governo Lula ocorreram importantes marcos legais no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Especialmente, em 2009, foi aprovada a Lei nº 11.947/ 2009 e da Resolução nº 38/2009 do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Entre as diretrizes aprovadas, destacam-se as que tratam de ofertar uma alimentação saudável e adequada por meio de alimentos variados e seguros, com respeito à cultura, às tradições e aos hábitos alimentares saudáveis, a inclusão da educação alimentar e nutricional no currículo escolar e a exigência da aplicação de, no mínimo, 30% dos recursos provenientes do FNDE para a compra de produtos provenientes da agricultura familiar (BRASIL, 2009).

Com base nas diversas iniciativas e lutas para promoção da SAN, em 2010, por meio da Emenda Constitucional nº 64, a alimentação foi incluída como um direito, junto com os demais direitos humanos previstos no artigo nº 6 da Constituição Federal de 1988. Também em 2010, por meio do Decreto nº 7.272/2010 foi regulamentado a LOSAN, o PNSAN e estabelecido os parâmetros para estruturação do Plano Nacional de SAN (BRASIL, 2010a).



Futuramente voltaremos a tratar especificamente da segurança alimentar e nutricional e as iniciativas para promoção do direito humano à alimentação adequada no Brasil.

Como vimos anteriormente, as duas gestões do governo Lula foram marcadas com políticas que tinham como objetivo central o combate à fome. Em 2011, na primeira gestão da presidente Dilma, o combate à pobreza e extrema pobreza passou a ser o foco central da política de governo representada pelo Plano Brasil Sem Miséria (PBSM). O grande objetivo do plano era superar a extrema pobreza de cerca de 16 milhões de brasileiros até final de 2014 com base em ações organizadas em três eixos: garantia de renda para aliviar de forma imediata a extrema pobreza; acesso a serviços públicos para melhoria das condições de saúde e educação e promover a cidadania da população; e inclusão produtiva como forma de geração de trabalho e renda para a população mais pobre (BRASIL, 2014a).

Ainda sob a gestão da presidente Dilma, outras importantes iniciativas foram desenvolvidas para promoção da Segurança Alimentar e Nutricional e cumprimento do direito humano à alimentação adequada. Uma dessas ações foi a elaboração do primeiro Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN), já prevista na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, com vigência de 2012 a 2015. Entre os principais resultados obtidos com esse primeiro PNSAN, podemos destacar o aumento da renda média per capita da população, que reduziu o percentual de insegurança alimentar grave nos domicílios como consequência do aumento do número de políticas públicas voltadas para o aumento da renda, a superação da fome, reconhecida internacionalmente pelas Organizações das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO/ONU) em 2014, a ampliação dos mercados institucional para a agricultura familiar, o aumento das ações intersetoriais em prol da alimentação adequada e saudável e a ampliação do acesso à água (BRASIL, 2015).

Outra importante iniciativa que ocorreu durante o primeiro mandato da presidente Dilma foi o lançamento do Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas em 2012. O objetivo deste documento é propiciar uma reflexão e orientação prática em relação as ações de Educação Alimentar e Nutricional que envolvem todos os setores do processo de produção,

distribuição, abastecimento e consumo de alimentos. Assim como as demais ações realizadas neste período, o Marco também foi, e continua sendo, uma ação estratégica para a promoção e garantia da segurança alimentar e nutricional e concretização do direito humano à alimentação adequada (BRASIL, 2012a).

Não temos pretensão de aprofundar a temática da segurança alimentar e nutricional neste tópico, pois você irá rever essa temática específica em outro momento desta disciplina. Contudo, todas essas iniciativas relacionadas à segurança alimentar e nutricional que citamos são parte importante da história das políticas públicas de alimentação e nutricional no Brasil e fazem parte de um período de grande mudança e evolução de nossa área de conhecimento, que é a nutrição.

Por fim, ainda se tratando do primeiro mandato da presidente Dilma, é importante destacarmos o lançamento da nova versão do Guia Alimentar para a População Brasileira, que traz uma nova abordagem e substitui a versão de 2006, estando em consonância com às demais políticas de segurança alimentar e nutricional deste período. É importante lembrarmos que o Guia Alimentar é um instrumento para apoiar e incentivar práticas alimentares saudáveis para indivíduos e coletividades e orientar as políticas e programas que visam incentivar, apoiar e promover a segurança alimentar e nutricional da população (BRASIL, 2014b).

Em 2016, em meio a mudança do comando do poder executivo federal do governo Dilma (em seu segundo mandato) para o presidente Temer, foi lançado o II Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (II PNSAN). Assim como o I PNSAN, esse segundo PNSAN também prevê as ações que o governo federal deve respeitar, proteger, promover e prover em relação ao direito humano à alimentação adequada para toda a população brasileira.

Ainda em 2016, com o advento do impeachment da presidente Dilma, diversas mudanças aconteceram em termos de rupturas programáticas e cortes orçamentários por meio da atuação da nova gestão governamental sob comando de Michel Temer, as quais afetaram drasticamente as políticas de alimentação e nutrição. Essas mudanças ocasionam retrocessos consideráveis entre os quais podemos destacar a extinção do Ministério de Desenvolvimento Agrário, a ameaça de aprovação a Lei 6.299/22, que flexibiliza a legislação sobre pesticidas (VASCONCELOS et al., 2019).

Seguindo a mesma lógica de retrocessos no âmbito das políticas públicas de alimentação e nutrição adotada pelo Governo Temer, o Governo Bolsonaro inicia seu mandato editando a Medida Provisória nº 870 que, dentre as consequências, revoga disposições que constavam na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), que como você deve lembrar, foi aprovada em 2006. Uma das alterações mais graves foi a extinção do CONSEA. Embora iremos nos aprofundar melhor no papel do CONSEA nas próximas unidades, torna-se importante destacarmos aqui que sua extinção representa a perda de um espaço institucional para o controle social. Ou seja, a perda de um espaço que a sociedade pode participar na formulação, monitoramento, avaliação e

fiscalização das políticas públicas de segurança alimentar e nutricional. Logo, essa medida implica um retrocesso social para proteção dos direitos sociais já adquiridos pela população brasileira (ASBRAN, 2019). Outro fato que chamou a atenção desde o início do governo Bolsonaro, é a quantidade de novos agrotóxicos aprovados para serem utilizados na produção agrícola. Até o final de 2019, foram aproximadamente 500 liberações, o que representou o maior número de produtos químicos liberados das últimas décadas no Brasil (ANVISA, 2019).

Por fim, assim como qualquer outra história, a história das políticas públicas de alimentação e nutrição é um livro em aberto. Obviamente não nos aprofundamos em todos os detalhes neste tópico, mas procuramos trazer os principais fatos que, somados, contribuíram para chegar onde estamos. Como você deve ter observado ao longo desta linha histórica, há momentos favoráveis e outros nem tanto. Faz parte do ciclo das políticas públicas. No entanto, essencialmente, não podemos esquecer que elas têm o objetivo principal resolver um problema coletivo. Ou seja, em benefício da população e não contra ela.



Para compreender melhor o Plano Brasil Sem Miséria e verificar os resultados obtidos por meio dessa estratégia, você pode acessar este link: <http://mds.gov.br/central-de-conteudo/brasil-sem-miseria/publicacoes-do-plano-brasil-sem-miseria-1>. Nele você vai encontrar diversos materiais que podem complementar seus estudos em relação à essa temática.

QUADRO 2 – LINHA DO TEMPO DE FATOS IMPORTANTES NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL

Ano	Principal(is) acontecimento(s)
1932	Realização do inquérito sobre as condições de vida das classes operárias no Recife, pelo Dr. Josué de Castro, estabelecendo relações diretas entre a produtividade do trabalhador e sua alimentação. A partir desse inquérito, outros foram realizados em várias regiões do país.
1938	Aprovação do salário mínimo e definição dos alimentos que deveriam compor a cesta básica
1939	Criação do Serviço Central de Alimentação no Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI), no âmbito do Ministério do Trabalho
1940	Criação do Serviço de Alimentação e Previdência Social (SAPS), que tinha por objetivo melhorar a alimentação do trabalhador e, consequentemente, sua resistência orgânica e sua capacidade de trabalho.

1943	Criação do Serviço Técnico de Alimentação Nacional (STAN), sob direção do Dr. Josué de Castro. Tinha como objetivo a realização de estudos, trabalhos e pesquisas sobre o problema da alimentação, orientando as medidas técnicas para melhoria das condições de nutrição da população brasileira.
1945	Criação da Comissão Nacional de Alimentação (CNA), no âmbito do Ministério da Saúde.
1946	Publicação do livro Geografia da Fome, do Dr. Josué de Castro.
1952	Elaboração e aprovação do 1º Plano Nacional de Alimentação e Nutrição, pelo CNA. A desnutrição era considerada o problema de saúde pública prioritário no Brasil.
1956	Instituição da Campanha Nacional de Merenda Escolar (CNME), por meio do Decreto nº 39.007, de 11 de abril de 1956.
1962	Criação da Companhia Brasileira de Alimentos (COBAL).
1972	Extinção da CNA e criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), para assessorar o governo na elaboração de políticas de alimentação e nutrição.
1973	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN I): devido a problemas políticos e administrativos, teve pequena abrangência e duração.
1976	PRONAN II: a ênfase voltou-se para a utilização de alimentos básicos nos programas alimentares e o apoio aos pequenos produtores rurais, com vistas à elevação da renda do setor agrícola e ao aumento da produtividade da agricultura familiar.
1981	PRONAN III não foi aprovado. Programas do PRONAN II continuaram sendo executados.
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde; Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, que propôs a criação de um Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição e de um Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional.
1990	Aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/1990) que criou o Sistema Único de Saúde (SUS); criação da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição do Conselho Nacional de Saúde.
1991	Divulgação de uma proposta de Política Nacional de Segurança Alimentar; apresentada pelo Partido dos Trabalhadores.
1993	“Movimento Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida”; publicação do Mapa da Fome, elaboração do Plano de Combate à Fome e à Miséria, criação do Conselho Nacional de Saúde.

1994	I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, que induziu um processo de mobilização nacional em torno da questão alimentar e da dimensão do problema da fome no país.
1995	Criação do “Comunidade Solidária”.
1997	Extinção do INAN.
1999	Aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).
2003	Criação de um Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome (MESA), transformação do Projeto “Fome Zero” em uma política de Estado e recriação do CONSEA.
2004	Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; Extinção do MESA e sua estrutura incorporada ao novo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).
2006	Aprovação da Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006 (LOSAN) que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN).
2007	III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.
2009	Aprovação da Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009: determina que, entre outras questões, no mínimo 30% do valor repassado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) para o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) deve ser utilizado na compra de gêneros alimentícios diretamente da agricultura familiar.
2010	Ementa Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010, que eleva a alimentação ao patamar dos direitos constitucionais.
2011	Lançamento do Plano Brasil sem Miséria. Portaria nº 2.715, De 17 de novembro de 2011 atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
2012	Lançamento do Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas.
2014	Lançamento da versão atualizada do Guia Alimentar para a População Brasileira.
2019	Extinção do CONSEA.

FONTE: Adaptado de Soares & Santos (2015, p. 15)

RESUMO DO TÓPICO 2

Neste tópico, você aprendeu que:

- Na década de 1930, surgiram no Brasil dois grupos de médicos que deram origem a duas linhas de estudo na área da alimentação e nutrição: a “fisiologia da nutrição” e a relação entre a nutrição e sociedade.
- Josué de Castro e seu grupo de cientistas realizaram as primeiras pesquisas que foram a base para se conhecer o problema alimentar da população brasileira e delinear as políticas de alimentação no âmbito governamental durante décadas.
- Josué de Castro mostrou, com seus estudos, que as condições sociais e econômicas da população influenciavam diretamente na alimentação.
- Em 1940 foi criado o Serviço de Alimentação da Previdência Social que tinha como principal objetivo ofertar alimentação adequada para trabalhadores por meio de restaurantes populares locais com comercialização de gêneros alimentícios a preços subsidiados e desenvolver atividades de educação nutricional para os trabalhadores e suas famílias.
- Em 1945 foi criada a Comissão Nacional de Alimentação (CNA), a qual tinha como principal função a realização de estudos sobre a alimentação da população brasileira, bem como promover educação nutricional e assessorar a indústria na elaboração de alimentos desidratados.
- Em 1956 foi criada a Campanha de Merenda Escolar pelo governo de Juscelino Kubitschek.
- Em 1972 foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) criado pelo governo Médici em substituição do CNA.
- Em 1973, o INAN propôs o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), que tinha como foco integrar todos os subprogramas da área de alimentação que vinham sendo executados e fornecer suplementação alimentar a gestantes, nutrízes e crianças de baixa renda.
- Em 1976, o INAN propôs o II PRONAN, que tinha com o objetivo realizar intervenções que envolvessem desde a produção até a distribuição de alimentos e ações assistenciais de suplementação alimentar de forma complementar.
- Na década de 1980, a emergência de movimento sociais colocam em pauta temas para enfrentamento das questões sociais como direito à saúde, geração de empregos, reforma agrária e combate à fome. O termo “segurança alimentar” ganha destaque nas políticas públicas quando o então Ministério da Agricultura propôs um plano nacional de segurança alimentar e nutricional que tinha como objetivos atingir a autossuficiência na produção agrícola e atender as necessidades nutricionais da população.

- Em 1990 institui-se o Sistema Único de Saúde, por meio da Lei nº 8080/90, reconhecendo a alimentação como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde tanto no âmbito individual como coletivo.
- A vigilância nutricional e a orientação alimentar foram incluídas no campo de atuação do SUS, representada pela criação do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).
- Em 1993, a sociedade civil organizada criou a "Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida", coordenada pelo Betinho, chamando a atenção pública para a questão da fome e miséria. Criaram-se Comitês de Solidariedade em todo o país que tinham como objetivo a arrecadação e doação de cestas básicas às populações de baixa renda.
- Foi criado o “Mapa da fome”, que mostrava a situação da “calamidade social” em que se encontrava grande parte da população brasileira.
- O Governo federal criou ações articulando políticas direcionadas à produção de alimentos e reforma agrária.
- Criou-se o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA).
- Em 1995, o presidente Fernando Henrique Cardoso lançou o Programa Comunidade Solidária (PCS) como estratégia para combater a fome e desigualdade social.
- Aprovou-se a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) em 1999.
- A partir dos anos 2000 são implantadas diversas medidas por meio de transferência de renda como forma de gerar renda de forma rápida para a população em extrema pobreza.
- Em 2002, presidente Lula lançou o Programa Fome Zero (PFZ).
- Recriou-se o CONSEA em 2003.
- Em 2006 foi aprovada a Lei Nacional de nº 11.346, de 15 de setembro de 2006.
- Em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- Em 2009 são aprovadas a Lei nº 11.947/ 2009 e a Resolução nº 38/2009 do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE).
- Em 2010, a alimentação foi incluída como um direito social através da Emenda Constitucional nº 64, junto com os demais direitos humanos previstos no artigo nº 6 da Constituição Federal de 1988.
- Em 2011 foi lançado o Plano Brasil Sem Miséria (PBSM) com o objetivo de superar a extrema pobreza.
- Em 2012 foi lançado o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional com vigência de três anos (2013-2015). Um dos principais resultados obtidos com o plano foi a redução da insegurança alimentar grave. Também em 2012 foi lançado o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional.

- Em 2014 tivemos o lançamento do Guia Alimentar para a População Brasileira que substitui a versão anterior de 2006.
- Em 2016 tivemos o lançamento do II Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.
- Em 2019, Governo Bolsonaro editou a Medida Provisória nº 870 tendo como uma das consequências mais graves a extinção do CONSEA.



1 Como vimos ao longo do Tópico 2, a temática da alimentação e nutrição vem sendo abordada a partir de diferentes formas que mostram como ela está intimamente relacionada ao contexto político e ao modelo de desenvolvimento econômico e social de nosso país. Com relação ao histórico das políticas públicas de alimentação e nutrição, classifique V para as sentenças verdadeiras e F para as falsas:

- () O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN, no início da década de 1970, marca a alteração na forma de execução da política de alimentação pelo estado brasileiro. Entre outras, eram atribuições do INAN assistir o governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição e estimular pesquisa científica de apoio.
- () Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) teve, entre suas atribuições principais, o fornecimento de refeições para trabalhadores e estudantes, a venda de alimentos a preços de custo para trabalhadores, a formação de pessoal técnico especializado e o apoio a pesquisas na área de alimentação.
- () A implementação do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição – PRONAN, no início da década de 1970, deu-se pela integração de vários subprogramas governamentais.
- () No início da década de 1990, a sociedade civil organizou-se, criando o movimento "Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida", por iniciativa do sociólogo Herbert de Souza, o Betinho. O movimento levou à criação de Comitês de Solidariedade, cuja ação privilegiava a arrecadação e distribuição de alimentos, na forma de cestas básicas, às populações carentes.
- () Com a divulgação do “Mapa da Fome” no início da década de 1990, criou-se uma comissão de representantes do governo e da sociedade civil para elaboração do Plano de Combate à Fome e à Miséria, culminando com a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional naquele mesmo período.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

- a) () F - V - F - V - F.
- b) () V - F - V - F - V.
- c) () V - V - V - V - F.
- d) () F - F - V - V - V.
- e) () F - V - V - F - F.

- 2 As distintas formas de intervenção estatal na área de alimentação e nutrição são construídas, desconstruídas e/ou reconstruídas a partir do jogo de interesses econômicos, sociais e políticos que se opera entre os distintos segmentos sociais de cada conjuntura examinada. Em relação ao histórico das políticas de alimentação e nutrição no Brasil, analise as afirmativas a seguir:
- I - Até o final da década de 1980, diversos e diferentes "programas" representaram as formas principais de execução da política nacional de alimentação e nutrição. Estes foram sendo técnica e financeiramente esvaziados visando à estabilização econômica do país. Ao final desse período, poucos programas sobreviveram, com destaque ao Programa Nacional de Alimentação Escolar.
 - II - O Programa Fome Zero, lançado em 2003, foi composto por um conjunto de ações integradas com o objetivo de erradicação da fome e implementação da política de segurança alimentar e nutricional com ações agrupadas três eixos de intervenção: políticas estruturais, políticas emergenciais e políticas locais.
 - III - O Programa Bolsa Família, juntamente com os demais programas de transferência de renda (bolsa escola, bolsa alimentação, auxílio gás, cartão alimentação) foram implementados no início do Governo de Fernando Henrique Cardoso com o objetivo de aumentar a eficiência e o impacto social dos programas sociais.

Assinale a alternativa CORRETA:

- a) () Somente a afirmativa I está correta.
- b) () Somente a afirmativa II está correta.
- c) () Somente a afirmativa III está correta.
- d) () As afirmativas I e II estão corretas.
- e) () As afirmativas II e III estão corretas.

A INSERÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

Por muito tempo o acesso à saúde no Brasil era limitado à prática médica, com modelo assistencial direcionado exclusivamente aos determinantes biológicos. Com a conquista do Sistema Único de Saúde – cujos pilares são a universalidade, integralidade, descentralidade e participação popular – e, em especial, a implantação do Programa de Saúde da Família (atual Estratégia Saúde da Família) ocorreu a incorporação gradativa de profissionais de saúde todas as áreas de atuação no âmbito da atenção básica.

Neste tópico, vamos compreender a história da atenção básica à saúde e como o nutricionista pode atuar nesse contexto para melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde por meio de uma alimentação saudável e adequada.

Primeiramente, vamos revisar o nosso Sistema Único de Saúde (SUS). Como nosso foco será a atenção básica à saúde, vamos prosseguir relembando a criação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), duas importantes estratégias que fazem parte de nosso SUS até os dias atuais.

Você sabia que até 2006 ainda não tínhamos uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)? Foi por meio desta política que o PSF expandiu e passou a ser o que conhecemos hoje por Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Em seguida, vamos aprender sobre outro importante marco do nosso sistema de saúde, que foi a criação da Núcleos de Apoio à Saúde da Família em 2008, que permitiu que profissionais de diversas áreas do conhecimento, como nutrição, pudessem ser inseridos nas equipes de saúde no âmbito da atenção básica.

Vamos aprender ainda que tivemos alguns processos de melhorias da área de atenção básica que perpassaram pela reformulação da PNAB em 2011, criação das Redes de Atenção à Saúde, Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) e Programa Mais Médicos. Por outro lado, vamos conhecer os retrocessos que tem acontecido nos últimos anos no âmbito do SUS e, especialmente, da atenção básica e como isso nos afeta enquanto futuros profissionais nutricionistas.

Por fim, você já conhece a Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Sabe quantas políticas já tivemos? Quando foi revisada a última versão? Quais são suas diretrizes? Vamos aprender tudo isso na última parte deste tópico.

2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Caro acadêmico! Antes de nos debruçarmos na inserção do nutricionista no âmbito da saúde coletiva, precisaremos nos ater brevemente no histórico da Atenção Básica à Saúde (ABS).

As primeiras noções sobre atenção primária à saúde (APS), hoje também reconhecida como ABS se deram em 1920, por meio do Relatório Dawson, no qual o Ministro da Saúde do Reino Unido enfatizava a necessidade da oferta de cuidados de saúde ser feita por regiões organizadas por níveis de atenção (CONILL, 2008).

Cerca de cinquenta anos depois, a discussão sobre a APS ressurgiu como contraponto ao aumento da especialização dos serviços de saúde nos Estados Unidos (ALMEIDA et al., 2018). No entanto, somente a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, por meio do documento síntese do evento, a Declaração de Alma-Ata, estabeleceu-se um conceito aceito mundialmente para APS. A APS passou a ser compreendida como “cuidados essenciais de acesso universal que devem estar próximos aos indivíduos, famílias e comunidade, baseados em processos práticos socialmente aceitos e nos conhecimentos científicos, com participação ativa da população”. Essa nova concepção incorporava os princípios que a OMS já vinha defendendo como a unificação dos sistemas locais de saúde em um sistema nacional, a participação popular e a necessidade de considerar o impacto do desenvolvimento econômico e social na saúde dos indivíduos (OMS, 1978).

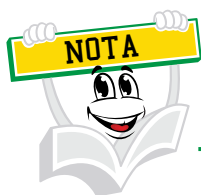
No entanto, apesar dessa concepção, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil, as ações de APS foram, por muito tempo escassas e pouco abrangentes, com foco no combate a doenças infecciosas e na população materno-infantil, centrada em ações curativistas e assistencialistas. Somente mais recentemente, ações abrangentes foram sendo desenvolvidas de acordo com a concepção estabelecida pela Alma-Ata (ALMEIDA et al., 2018).



Para compreender e relembrar a história da saúde pública no Brasil, veja o vídeo “A história da saúde pública no Brasil – 500 anos na busca de soluções” que traz uma animação dinâmica e interativa mostrando a trajetória marcada pelas diferenças sociais e pela falta de prioridade nos investimentos do governo. Para assistir ao vídeo, acesse este link: <https://portal.fiocruz.br/video-historia-da-saude-publica-no-brasil-500-anos-na-busca-de-solucoes>.

A partir da década de 1980, alguns países das Américas e Europa passaram por reformas organizacionais dos sistemas de saúde que contribuíram para expansão do modelo de APS. Essas reformas foram incentivadas por fatores como a modificação do perfil epidemiológico e demográfico da população, as restrições orçamentárias, o gasto excessivo dos serviços de saúde com tecnologias de alto custo, a baixa qualidade e eficiências dos serviços (ALMEIDA *et al.*, 2018).

No Brasil, assim como em muitos países da América do Sul, a reforma do sistema iniciou juntamente como o processo de redemocratização e demais mudanças econômicas, sociais e, especialmente, constitucionais que trazem a concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado (ALMEIDA *et al.*, 2018). O movimento social que se estruturou e ganhou força entre a década de 1970 e 1980 ficou conhecido como o movimento pela reforma sanitária brasileira. Esse movimento reunia vários setores da sociedade e defendia que a saúde deveria ser tratada além de seus aspectos biológicos, mas sim em seus aspectos mais amplos, considerando seus determinantes sociais (fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais). Esse movimento pela reforma sanitária cresceu envolvendo diversos representantes da sociedade civil, gestores de saúde municipal, pesquisadores, profissionais da saúde e outros movimentos sociais. Após diversas discussões e lutas, em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi aprovado o conceito de saúde como direito de todos e a necessidade de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde, além de propor os princípios pelos quais esse novo sistema deveria ser regido (BRASIL, 1986). Nesse ponto, cabe lembrarmos do histórico do SUS. Você deve lembrar que, antes da criação do SUS, os serviços de saúde oferecidos em nosso país por meio do sistema da previdência social, que cobria a classe trabalhadora, e pelo setor privado, para aqueles que podiam pagar pelos serviços.



O movimento da Reforma Sanitária originou-se no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. Utilizava-se essa expressão para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias para o setor da saúde e para a melhoria das condições de vida da população. Para aprender mais sobre a Reforma Sanitária, veja este vídeo acessando, o link: https://www.youtube.com/watch?time_continue=8&v=PWRxNVc3lec&feature=emb_logo.

Assim, em 1990, na gestão de Fernando Collor de Mello, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), que especifica as atribuições e a organização do SUS. A partir da criação do SUS, os municípios passaram ter parte das responsabilidades no desenvolvimento e execução das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990). Em outras palavras, o poder e as responsabilidades ficaram distribuídas entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal), aumentando a qualidade e eficiência dos serviços oferecidos à população.

Dentro dessa nova concepção, diversas estratégias e ações no âmbito da atenção primária passaram a ser desenvolvidas pelo Estado brasileiro, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família. Com o passar dos anos, o PSF foi se tornando a principal estratégia para estruturar o sistema de saúde e o modelo assistencial do SUS (BRASIL, 2010c)

Em 2006, tendo em vista a implementação de todas as ações, houve a necessidade de organizá-las em uma política nacional que reunisse todas as estratégias. Assim, em 28 de março de 2006 foi publicada a Portaria nº GM/648, que instituiu a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A partir dessa política, a atenção básica passa a ser definida como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b, p. 10).

O grande marco da PNAB foi a expansão do PSF que se consolidou como estruturante do sistema de saúde, passando a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), reconhecendo a equipe multidisciplinar como coordenadora do cuidado e porta de entrada preferencial do sistema. A primeira versão da PNAB também revisou as atribuições das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu que estas poderiam ser estruturada com ou sem ESF (BRASIL 2006b).



Para saber mais sobre a Portaria nº GM/648, acesse o documento neste link:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf.

Como você deve se lembrar de outras disciplinas do curso, a ESF deve centrar sua atenção no contexto físico e social no qual está inserido o indivíduo e sua família, por isso é necessário conhecer as condições econômicas, físicas e culturais das populações para compreender o processo de saúde doença de forma ampliada, além do curativismo (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

A partir da PNAB de 2006, a ESF se expandiu ainda mais, especialmente nas áreas urbanas, e houve a incorporação das equipes de saúde bucal. Um dos grandes marcos, especialmente para nossa área de nutrição, foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. A criação do NASF amplia as ações e sua resolutividade no âmbito da AB por meio da possibilidade de inserção de profissionais de diversas áreas de conhecimento Profissional da Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Psicólogo entre outros – incluindo nutricionista como parte da equipe do NASF.

Apesar da composição do NASF ser definida pelos gestores de cada município de acordo com as necessidades locais e disponibilidade de profissionais, a atuação dessas equipes multidisciplinares, em parceria com as ESF, complementou o trabalho das equipes e contribuiu para integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS. O NASF, em conjunto com as ESF, deve realizar ações como: identificação das atividades, ações e práticas que serão implementadas nas áreas cobertas, definir o público alvo de cada ação, acolher os usuários de forma humanizada, desenvolver ações integradas com outras políticas sociais (BRASIL, 2008). No âmbito da alimentação e nutrição, a Portaria estabeleceu as seguintes ações:

A criação dos NASF teve grande importância para nossa área de nutrição, uma vez que ampliou a cobertura do cuidado nutricional a um maior número de usuários (embora ainda seja insuficiente), além de ampliar nossa área de atuação (VASCONCELOS *et al.*, 2019). A portaria especifica as ações de alimentação e nutrição que devem ser desenvolvidas pelo profissional nutricionista no âmbito do NASF, sendo elas:

- 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 ESF 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 ESF, 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, p. 9).

Apesar da expansão da ESF e da possibilidade de incorporação do NASF às equipes, a atenção básica ainda enfrentava diversas dificuldades, como a falta de recursos e infraestrutura adequada e a falta de profissionais médicos (MELO *et al.*, 2018). Para superar essas questões, iniciou-se em 2011 um processo de reforma da PNAB a fim de preservar a ESF como estratégia prioritária e fortalecer a atenção básica. Nesse novo texto da PNAB podemos destacar, primeiramente, a incorporação dos NASF, o reconhecimento das várias modalidades de unidades básicas de saúde, como as UBS fluviais e a regulamentação do Programa Saúde

na Escola (PSE). Uma das grandes diferenças em relação à política de 2006 é que a PNAB de 2011 reconhece as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para a integralização do cuidado e destaca o papel da atenção básica como o primeiro ponto de atenção e a principal porta de entrada do sistema (BRASIL, 2012b).



Você lembra o que são Redes de Atenção à Saúde? As Redes de Atenção à Saúde são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Neste link você pode ver alguns vídeos que mostram na prática as redes estratégicas do SUS: <https://www.redestrategicassus.org/#/home>.

Com a reformulação da PNAB, em 2011, também se iniciou um processo de melhoria da infraestrutura das UBS por meio do “Requalifica UBS”, que incluiu reformas, construções, ampliações e informatização; com a implementação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) por meio do qual os gestores e equipes de saúde são incentivadas a melhorarem os serviços de saúde oferecidos aos usuários; e ainda o Programa Mais Médicos (PMM). Especialmente, a partir deste último foi possível disponibilizar atendimento médico nas áreas mais remotas e socialmente vulneráveis do país, fazendo com que aumentasse a cobertura da ESF, embora ainda com dificuldades persistentes como a formação profissional, o subfinanciamento e a falta de integração da atenção básica com o restante da rede de atenção.

Em 2016, o Ministério da Saúde lançou uma portaria que tirava a obrigatoriedade da contratação de agentes comunitários de saúde para compor as equipes com a possibilidade de substituí-los por técnicos de enfermagem, de acordo com a necessidade. Diante da repercussão política e da insatisfação por parte da categoria, a portaria foi revogada. A partir de então, iniciou-se a discussão sobre a necessidade de revisão da PNAB.

Em 2017, após um amplo processo de discussão, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, com a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica. Não temos aqui a pretensão de fazer uma análise comparativa entre a PNAB de 2011 para a versão de 2017, contudo, pensando especificamente em relação à inserção do profissional nutricionista neste contexto, podemos destacar o fato de que o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), nova denominação para o antigo Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família, passam a cobrir também as unidades básicas

tradicionais, além das Equipes de Saúde da Família. No entanto, as possibilidades de composição dos profissionais dos NASF-AB se mantêm inalteradas em relação a versão da PNAB de 2011.

Apesar de haver a possibilidade de inserção do profissional nutricionista nas equipes do NASF-AB, a presença destes profissionais nas equipes ainda é incipiente, embora nossa formação seja direcionada para construir um perfil profissional e acadêmico com competências e habilidades para atuar com qualidade, resolutividade e eficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Assim, na atenção básica à saúde, o nutricionista é capacitado para atuar na atenção nutricional de indivíduos e grupos populacionais, a fim de promover a segurança alimentar e nutricional, promoção e recuperação da saúde, prevenção de doenças (GEUS et al., 2011). O Quadro 3 apresenta as principais estratégias, ações e programas instituídos ao longo da trajetória de consolidação da atenção básica brasileira, a partir da instituição do PACS e PSF.

QUADRO 3 – PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS, AÇÕES E PROGRAMAS INSTITUÍDOS AO LONGO DA TRAJETÓRIA DE CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, BRASIL, 1991 A 2017

Ano	Estratégia/ação/programa
1991	Criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
1994	Criação do Programa Saúde da Família.
1998	Implantação do piso de atenção básica (montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de atenção básica à saúde nos municípios, em substituição ao pagamento por produção); criação do Sistema de Informação da Atenção Básica.
1999	Publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
2001	Implantação da saúde bucal no Programa Saúde da Família.
2003	Projeto de Expansão e consolidação da Saúde da Família I: Criação do Programa Bolsa Família.
2004	Criação da Política Nacional de Saúde Bucal.
2005	Instituição da autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.
2006	Regulamentação profissional os agentes comunitários de saúde; publicação da Política Nacional de Atenção Básica, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e da Política Nacional de Promoção da Saúde; Programa Saúde da Família se torna Estratégia Saúde da Família.
2007	Criação do Programa Saúde na Escola.
2008	Criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, inclusão do microscopista na Estratégia Saúde da Família.

2009	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família II.
2010	Criação das equipes de saúde da família ribeirinhas e custeio de unidades básicas de saúde fluviais.
2011	Reformulação da Política Nacional de Atenção Básica; criação do Programa Nacional de Melhoria da Saúde, do Programa Melhor em Casa, do Programa Academia da Saúde, das equipes de Consultório de Rua; do Telessaúde Brasil redes e do Brasil Sorridente Indígena; revisão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
2012	Criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.
2013	Criação do Programa Mais Médicos e substituição do Sistema de Informação da Atenção Básica pela estratégia e-SUS Atenção Básica.
2014	Publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade: revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde.
2017	Reformulação e publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica.

FONTE: Almeida *et al.* (2018, p. 3)

3 PRIMEIRA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Antes de discutirmos o processo de elaboração e publicação da primeira Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) no Brasil, precisamos entender os aspectos legais no qual a atuação do nutricionista se insere no âmbito da Atenção à Saúde. Como você deve lembrar, de acordo com a Lei nº 8080/90, que regulamenta o SUS, cabe ao Estado garantir a saúde para a população por meio de políticas públicas que tenham como foco a promoção da saúde e prevenção de doenças. Especificamente no âmbito da nutrição, vigilância alimentar e a orientação alimentar faz parte das ações de saúde que devem ser oferecidas à população (BRASIL, 1990).

Adicionalmente, também cabe lembrarmos, nesse contexto, as Diretrizes Curriculares aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, do Ministério da Educação, para os cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição, que determinam como seu objeto a formação de profissionais com competências, habilidades e conteúdos para atuar com resolutividade, qualidade e eficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As Diretrizes Curriculares do Curso de Nutrição também especificam o perfil do profissional nutricionista que deve ser:

... com formação generalista, humanista e crítica. Capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e a atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que a alimentação e a nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural (BRASIL 2001, p. 39).

Como vimos na história das políticas públicas de alimentação e nutrição, desde a década de 1930, foram formuladas diversas estratégias na forma de programas para enfrentamento das situações de fome, desnutrição e carências nutricionais na população brasileira. Você deve lembrar que muitos desses programas e ações foram desenvolvidos durante a vigência do INAN. Este órgão, como vimos anteriormente, foi extinto em 1997 e, com isso, os programas que vinham sendo executados por meio dele também foram descontinuados. Essa crise na área de alimentação e nutrição no âmbito estatal foi preponderante para que um grupo de nutricionistas conseguisse manter a articulação com apoiadores externos, como Universidades e o Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição, e criassem a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGPAN), em substituição, de certa forma, ao INAN (CARVALHO *et al.*, 2011).

Até o final da década de 1990, como ficou evidente ao longo desta unidade, não tínhamos uma política estruturada na área de alimentação e nutrição, com objetivos e diretrizes claramente definidos. A partir de 1999, em um contexto favorável epidemiologicamente, com disponibilidade de recursos humanos, técnicos e orçamentários e mediante pressão política da sociedade civil e do Estado foi elaborada a primeira política de alimentação e nutrição do Brasil, publicada pela portaria Ministerial nº 710/1999. A elaboração desta política foi uma estratégia da área de Nutrição para manter a articulação com os apoiadores externos, dentre eles, a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância. Outros fatos também influenciaram fortemente a elaboração a primeira PNAN, como a extinção do Conselho de Segurança Alimentar, em 1994, e a criação do Programa Comunidade Solidária, e o documento apresentado pelo Brasil na reunião da Cúpula Mundial para a Alimentação realizada em Roma, em 1996, que discutia aspectos relacionados à segurança alimentar e nutricional (CARVALHO *et al.*, 2011).

O texto base de partida para a formulação da política foi elaborado por um grupo de especialistas, ex-integrantes do INAN, que enfatizavam a necessidade de uma política de alimentação e nutrição que contemplasse ações intersetoriais e não somente no âmbito da saúde. E assim ocorreu. A elaboração da política contou com a participação de diversos ministérios, além do Ministério da Saúde, Centros Colaboradores da área de Nutrição alocados em Universidades Federais e instituições relacionadas à área. Antes de sua publicação, a PNAN também foi submetida a um amplo processo de consulta aos estados da Federação e a representantes da sociedade civil organizada (CARVALHO *et al.*, 2011).

Após todo o processo colaborativo de elaboração da PNAN, o texto final foi aprovado e publicado no Diário Oficial da União, por meio da Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, como parte da Política Nacional de Saúde, inserida no âmbito da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Esta primeira versão da PNAN tinha como propósito:

A garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (BRASIL, 2003, p. 17).

Para atingir esse propósito, foram estabelecidas sete diretrizes:

Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2003, p. 19).

As responsabilidades para viabilizar o propósito da PNAN foram estabelecidas de acordo com os princípios do SUS e com características intersetoriais, devido a sua vinculação à Política de Segurança Alimentar e Nutricional. Essas institucionais foram distribuídas de forma intra e intersetorial dentro das três esferas de gestão do SUS (municipal, estadual e federal), sendo que os gestores do SUS ficariam responsáveis pela implantação e avaliação da Política. Também se salientou a necessidade de estabelecer parcerias com setores envolvidos com a SAN, assim como o estabelecimento de parceria com a sociedade civil para promover sua participação na implementação da política. Para tanto, foi pontuado em seu texto os principais setores federais e as medidas que deveriam ser preconizadas pelos mesmos no âmbito da promoção da SAN, não esquecendo da contribuição do setor saúde (ALVES; JAIME, 2014).

A política evidenciava a necessidade de um processo contínuo e sistemático de acompanhamento e avaliação de sua implementação por meio de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia no interior dos programas, projetos, ações e atividades que operacionalizavam a política. Além disso, deveria ser avaliada a repercussão da implementação da política na condição de saúde e na qualidade de vida da população (JAIME, 2019).

Na década seguinte do lançamento e da publicação da primeira PNAN, é importante lembrarmos que ocorreu uma série de marcos políticos e legais no âmbito da SAN. Dentre estes marcos, podemos destacar a aprovação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, em 2006, que teve como consequência a formação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a incorporação da alimentação adequada como direito assegurado entre os direitos sociais da Constituição Federal, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 64, de 2010.

A primeira versão da PNAN ficou vigente por aproximadamente 10 anos. Com a sua implementação, algumas áreas evoluíram. Houve o desenvolvimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que viabilizou o monitoramento sistemático da situação alimentar e nutricional da população brasileira a partir da geração de dados locais e também por meio de inquéritos nacionais como a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) e das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF); implementou-se a agenda com medidas para promoção da alimentação adequada e saudável tendo como medida principal a edição do primeiro Guia Alimentar para a População Brasileira. Além disso, podemos destacar também as medidas de qualificação dos profissionais da área de alimentação e nutrição por meio dos Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição (CECAN).

Contudo, diante do novo cenário epidemiológico e nutricional caracterizado pelo avanço das doenças crônicas não transmissíveis, diminuição da fome e desnutrição, aumento considerável da obesidade como consequência da mudança do padrão de consumo alimentar e sedentarismo associado às inovações na gestão e organização da atenção à saúde adotadas pelo SUS evidenciou-se a necessidade de revisar a PNAN. O processo de revisão ocorreu entre os anos de 2010 e 2011. Iremos tratar especificamente desta nova versão da política no próximo tópico.

4 A REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A primeira versão da PNAN ficou vigente por aproximadamente 10 anos, estando, neste período, coerente com o contexto epidemiológico e nutricional da população brasileira da época. No entanto, ocorreu uma série de eventos, conforme citado anteriormente, que requereu sua atualização.

A nova versão da PNAN foi aprovada em 2011 e apresentou como propósito a melhoria da situação alimentar e nutricional e, conseqüentemente, das condições de saúde da população brasileira por meio da promoção da alimentação saudável e adequada, da vigilância alimentar e nutricional, da prevenção e do cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2013).

O processo de revisão da PNAN contou com a atualização das diretrizes de forma a orientar e qualificar as ações de alimentação e nutrição no âmbito das Redes de Atenção à Saúde do SUS. Além disso, a revisão da política também teve como finalidade torná-la o documento articulador entre o SUS e o SISAN, ou seja, viabilizar a comunicação entre o setor da saúde e os demais setores corresponsáveis pela implementação da PNSAN.

Durante o processo de revisão da política, é importante destacarmos que a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição do Conselho Nacional de Saúde (CIAN/CNS) e o Ministério da Saúde identificaram alguns desafios para a sua implementação, dentre eles a necessidade de fortalecer as estratégias de efetivação das ações de nutrição em todos os níveis de atenção à saúde, a qualificação da gestão das ações de alimentação e nutrição, o manejo das ações desenvolvidas para populações específicas (indígenas, comunidades tradicionais, entre outras), a valorização da cultura alimentar, o fortalecimento e ampliação da discussão de temas relacionados à nutrição, ambiente e desenvolvimento e o diálogo com representantes da sociedade civil na área da saúde e nutrição (ALVES; JAIME, 2014).

A PNAN atual, assim como a versão anterior, é orientada pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular) mas traz, além destes, seus próprios princípios, a saber:

a Alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde, o respeito à diversidade e à cultura alimentar, o fortalecimento da autonomia dos indivíduos, a determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição e a segurança alimentar e nutricional com soberania (BRASIL, 2013, p. 22).

Para o alcance destes princípios, a PNAN estabelece as diretrizes que indicam as linhas de ações que devem ser tomadas fim de contribuir para uma a estruturação de uma rede integrada, humanizada e resolutiva de modo a promover melhores condições de saúde para a população. Para tanto, foram estabelecidas nove diretrizes, sendo elas: 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 e cooperação e articulação para a segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2013).

É importante lembrarmos que a PNAN atual está inserida no contexto da instituição da SAN enquanto política pública de Estado e, que sua nova versão, contribui para reafirmar o compromisso de cooperação e articulação do SUS para que a PNSAN seja implementada de forma intra e intersetorial, como previsto. Para tanto, em diretriz específica, a PNAN deixa claro que a garantia do direito à saúde não depende somente do setor da saúde, mas sim, da cooperação entre todos os setores. Para tanto, enfatiza que a política deve interagir com a PNSAN e demais políticas relacionadas ao desenvolvimento econômico e social para que esse direito seja efetivado à população. Em seu texto, a PNAN também destaca que a articulação entre o SUS, o SISA e as demais ações de promoção da SAN são fundamentais para o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição na RAS com vistas ao enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional e aos demais problemas de saúde relacionados aos determinantes sociais (BRASIL, 2013).

LEITURA COMPLEMENTAR**MUDANÇAS NO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: AVANÇO OU RETROCESSO?**

Adriano Massuda

Introdução

Modelos de financiamento de sistemas de saúde e de pagamento por serviços de saúde são temas amplamente debatidos na saúde global em razão do aumento de custos no setor. Além disso, ambos têm forte poder indutor sobre o modo de organização do acesso a serviços e tecnologias, uso de recursos disponíveis, com impacto sobre resultados em saúde.

Em recente reunião de alto nível das Nações Unidas sobre Cobertura Universal de Saúde – meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – foi aprovada uma resolução que enfatiza a necessidade dos países garantirem financiamento público suficiente para o fortalecimento de sistemas de saúde, maximizarem a eficiência dos gastos em saúde para prestação de serviços acessíveis, oportunos e de qualidade, e aumentarem a destinação de recursos para a Atenção Primária à Saúde (APS), pilar para o alcance dos ODS relacionados à saúde.

No Brasil, ao longo dos 30 anos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), inovações no modelo de financiamento do sistema de saúde e no desenho de arranjos organizacionais de serviços de saúde viabilizaram um rápido e consistente crescimento da cobertura de APS, transformando o modelo de atenção à saúde num país continental e com grandes diferenças regionais, econômicas e socioculturais. A descentralização de recursos federais para municípios, combinada com a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), foram decisivos para a expansão da APS no país. A ESF ampliou o acesso a serviços básicos de saúde e promoveu melhorias nos resultados em saúde, reduzindo desigualdades sociais e regionais, sendo reconhecida internacionalmente como exemplo de política de saúde pública bem-sucedida.

Entretanto, apesar dos avanços obtidos, o SUS e a APS brasileira encontram-se numa encruzilhada. Fragilidades estruturais do SUS e a enorme heterogeneidade entre os 5.570 municípios brasileiros imprimiram diferentes padrões de expansão da ESF e de qualidade de serviços prestados, limitando o desempenho de funções essenciais da APS. Desde 2015, esses problemas vêm se agravado em razão de alterações no contexto econômico e político do país. Em 2016, foi aprovada uma emenda constitucional que congelou os gastos federais por 20 anos, comprometendo dramaticamente o orçamento de políticas sociais.

Em 2019, além do aprofundamento da política de austeridade fiscal, a guinada ideológica para a extrema direita promovida pelo governo Jair Bolsonaro tem provocado profundas mudanças no escopo de políticas sociais, educacionais e ambientais. Na saúde, uma das principais mudanças foi a alteração do financiamento da APS. Lançado pelo Ministério da Saúde, o programa “Brasil Previne” introduziu instrumentos de gestão como capitação e avaliação de desempenho como critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais, em substituição ao número de habitantes e de equipes de ESF existentes num município.

A nova política de financiamento da APS terá um conjunto de impactos para o SUS e para a saúde da população que precisam ser identificados e monitorados. Neste artigo, discute-se os possíveis efeitos da nova política a partir de uma breve análise de contexto sobre tendências globais de financiamento de sistemas de saúde e remuneração por serviços de saúde, bem como dos avanços, desafios e ameaças à APS e ao SUS no Brasil.

Financiamento de sistemas de saúde e pagamento por serviços de saúde

No Brasil, apesar do percentual do gasto público em saúde ter sido historicamente inferior ao privado – uma contradição para um sistema universal de saúde – a implementação do SUS promoveu inovações no modelo de financiamento do sistema de saúde que induziram transformações no modelo de atenção no país.

Inicialmente, normas operacionais básicas (NOB) publicadas pelo Ministério da Saúde dirigiram o processo de transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios, que assumiram progressivamente a coordenação da gestão do sistema de saúde em âmbito regional e local. Em meio à descentralização do sistema, o Ministério da Saúde passou a ter papel estratégico na formulação de políticas de saúde e no direcionamento de incentivos financeiros para a implantação de programas de saúde, particularmente de serviços de APS.

Inspirado em experiências regionais bem-sucedidas, recursos para financiamento da APS foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde em 1996 (NOB-96), em repasses dirigidos para municípios implantarem programas dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF). Entretanto, foi a implementação do Piso de Atenção Básica (PAB), em 1998, a mais importante iniciativa para impulsionar a expansão da APS no país.

Composto por um componente fixo, calculado pelo número de habitantes de um município, e outro variável, associado ao incentivo de políticas prioritárias, o PAB modificou a lógica de pagamento até então baseado no número de procedimentos realizados. A transferência de recursos destinado à APS, de forma regular e automática pelo Fundo Nacional de Saúde para Fundos Municipais de Saúde, permitiu financiar serviços de saúde em municípios mais carentes e desprovidos de infraestrutura básica, promovendo uma mudança gradual e contínua no modelo de atenção à saúde.

Posteriormente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006, definiu a estratégia Saúde da Família como modelo prioritário para a implementação de serviços de APS no SUS. Com isso, recursos federais foram adicionados ao PAB variável para incentivar municípios a implementarem equipes de ESF, com objetivo de desenvolver ações de saúde em âmbito individual e coletivo para a população de um território geográfico definido.

Em 2011, a PNAB foi revisada, sendo estabelecidos valores diferenciados para o cálculo do valor per capita do PAB fixo, a partir de critérios de vulnerabilidade socioeconômica dos municípios. Além disso, foi estabelecido o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), vinculando recursos ao PAB variável associados à avaliação de desempenho das equipes de ESF. Com base no número de equipes participantes e nos mais de 100 milhões de usuários envolvidos, o PMAQ foi considerado um dos maiores programas de remuneração por desempenho do mundo na APS.

A implantação da ESF propiciou avanços consistentes no aumento da cobertura de serviços de APS no Brasil. De 1998 a 2018, a ESF foi adotada por mais de 95% dos municípios brasileiros, e o número de equipes de ESF cresceu de 2 mil para 43 mil, passando a cobrir cerca de 130 milhões de pessoas (62,5% da população brasileira). Estudos demonstram que o crescimento da cobertura de ESF no municípios está associado ao aumento no acesso a serviços de saúde, redução de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária e melhoria nos resultados, com a queda da mortalidade infantil em todas as regiões do país, beneficiando populações mais vulneráveis, com o impacto positivo na redução de iniquidades no país.

Entretanto, apesar dos avanços alcançados, a APS brasileira enfrenta desafios e ameaças. Estudos apontam que a expansão de cobertura de APS ocorreu em padrões distintos no país, enfrentando barreiras associadas a fragilidades estruturais do SUS, como restrições orçamentárias, a frágil organização regional e a baixa capacidade de alocação de recursos estratégicos, em particular de profissionais médicos. Além disso, disparidades entre os 5.570 municípios (68,2% têm menos de 20.000 habitantes, enquanto 5,8% têm mais de 100.000 habitantes) provocam grandes variações na qualidade de serviços prestados, limitando o desempenho de funções estratégicas da APS, como acesso de primeiro contato, coordenação de cuidados, integralidade e longitudinalidade.

Esses problemas vêm se agravando após as mudanças econômicas e políticas ocorridas no país. Como resposta à grave recessão econômica, o congresso nacional aprovou em 2016 uma emenda à constituição que limitou o crescimento de gastos federais ao reajuste inflacionário por 20 anos. No contexto de restrição orçamentária, uma nova revisão da PNAB foi realizada em 2017, flexibilizando a composição de equipes de ESF, reduzindo requisitos mínimos de profissionais para atender a população num território.

Em perspectiva futura, projeções econômicas apontam que a redução do financiamento federal para municípios deverá reduzir a cobertura de ESF e o acesso a serviços básicos, levando a uma piora nos indicadores de saúde, como a mortalidade infantil. Esses efeitos tendem afetar principalmente as regiões mais carentes e dependentes dos repasses federais, promovendo aumento de desigualdades em saúde.

As projeções foram confirmadas por estudo que avaliou o efeito da recessão econômica sobre os municípios brasileiros. Observou-se um aumento de 4,3% nas taxas de mortalidade adulta entre 2012 e 2017, sendo estimado que cerca de 31.000 mortes estejam associadas ao efeito da recessão. Entretanto, o impacto não foi homogêneo no país. Houve concentração na parte da população composta por negros e pardos, homens, e pessoas em idade ativa. Por outro lado, municípios com maiores gastos no SUS e no Bolsa Família apresentaram nenhum ou pequenos aumentos na mortalidade.

Possíveis impactos do novo financiamento da APS

Em 2019, o início da gestão de Jair Bolsonaro marcou uma guinada ideológica para a extrema direita no Brasil, provocando profundas mudanças em um conjunto de políticas do governo federal. Na saúde, o governo elencou a APS como prioridade, criando uma secretaria específica para a área no Ministério da Saúde. Entretanto, a alteração no modelo de financiamento da APS trará impactos sobre o SUS e sobre a saúde da população, que precisam ser identificados e monitorados, principalmente diante da manutenção por longo prazo das medidas de austeridade fiscal que deverá agravar o subfinanciamento público da saúde no país.

Instituído por meio da portaria 2.979, em novembro de 2019, o programa “Previne Brasil” substituiu os critérios até então utilizados no PAB fixo e variável para financiamento de custeio da APS no SUS. No lugar, foram introduzidos o número de pessoas registradas em equipes de Saúde da Família e Atenção Primária cadastradas no Ministério da Saúde – ponderada por critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica; o pagamento por desempenho a partir de resultados alcançados pelas equipes sobre indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde; e incentivos financeiros para ações e programas prioritários do Ministério da Saúde. A nova política foi apoiada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e criticada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Não é novidade a utilização de capitação e avaliação de desempenho para remuneração de serviços nos sistemas públicos de saúde no mundo. Entre os países, a Inglaterra se destaca por ter realizado uma ampla reforma no Sistema Nacional de Saúde, adotando esses instrumentos para o pagamento de serviços de APS.

O modelo inglês foi citado como referência para a elaboração da nova política de financiamento da APS. No entanto, existe uma diferença fundamental. Ao invés de utilizar a capitação e a avaliação de desempenho para remuneração de serviços, esses instrumentos passaram a ser critérios para o cálculo de transferências

intergovernamentais, que tem por finalidade subsidiar o financiamento de sistemas locais de saúde – dado que o SUS é descentralizado e quem paga pelos serviços de APS são os municípios. Isso deve desvirtuar eventuais aspectos positivos dos instrumentos e amplificar seus possíveis efeitos colaterais.

Quando utilizado como instrumento de pagamento pela prestação de serviços de saúde, a capitação apresenta vantagens como a adscrição de clientela, a responsabilização por uma determinada população e o fortalecimento do vínculo com equipes de saúde/serviços. Informações produzidas pelo registro de pessoas podem ser de grande valia para o reconhecimento do perfil epidemiológico e o planejamento da oferta de ações de saúde. Além disso, a capitação pode dar ao usuário a opção de se vincular ao serviço que desejar, estimulando a competição entre equipes. Como eventuais efeitos perversos, descreve-se a seleção de pacientes (risk selection) por meio da criação de barreiras para registro de pessoas que utilizem excessivamente o sistema de saúde ou que façam tratamentos de alto custo.

Ao se adotar a capitação como critério para financiamento da APS no SUS, em substituição ao financiamento per capita, cria-se um condicionante que antes não existia para o repasse de recursos para a APS, com consequências diretas e indiretas para o sistema de saúde.

Imediatamente, o financiamento da APS no país deixa de ser universal e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios. No lançamento do programa, o Ministério da Saúde apresentou a existência de 90 milhões de pessoas cadastradas e que busca registrar outros 50 milhões. Portanto, a meta do governo federal claramente não é financiar a APS para o total da população brasileira.

Em segundo lugar, embora seja esperado que a nova política possa aumentar o número de pessoas registradas em serviços de APS, e que a ponderação valorize regiões mais vulneráveis, o financiamento será dependente da efetividade do cadastro, o que deve variar substancialmente no país. Municípios em áreas carentes devem apresentar maior dificuldade administrativa para registro das pessoas, enquanto que para cidades populosas, com grandes aglomerados populacionais, o cadastro de toda a população pode ser uma tarefa altamente complexa. Consequentemente, pode-se incorrer na redução de recursos para a APS em regiões de grande necessidade.

Em terceiro lugar, especial atenção deve ser dada a eventuais efeitos colaterais sistêmicos do uso da capitação como instrumento de financiamento. Por um lado, pode-se dirigir a atenção de municípios para a expansão de pacientes registrados, em detrimento da qualidade e abrangência dos serviços (especialmente aqueles sem incentivos de desempenho). Por outro, pode-se estabelecer barreiras para o cadastro de determinados grupos populacionais que exijam maiores cuidados ou que apresentem problemas de saúde com tratamentos mais onerosos. Possíveis restrições de acesso, redução de escopo e qualidade de serviços na APS tendem a desviar pacientes para outros níveis do sistema, especialmente para unidades de urgência.

Em quarto lugar, apesar da remuneração de serviços por avaliação de desempenho buscar estimular que as equipes aumentem produtividade para atingir metas pré-estabelecidas, evidências sugerem melhorias modestas em indicadores de processos sob avaliação e nenhuma melhoria consistente nos resultados em saúde. Além disso, o instrumento pode apresentar como efeito colateral a redução da atenção das equipes para problemas de saúde que não estejam contemplados nas métricas de avaliação. Consequentemente, ao se estabelecer a avaliação de desempenho como critério para o financiamento da APS no SUS, é possível que os municípios concentrem atenção em indicadores que serão monitorados, alterando o escopo de trabalho das equipes de APS que deve ter como objeto os problemas de saúde apresentados pela comunidade.

Por fim, a abrangência dos serviços da APS também pode ser comprometida em função da nova política ter deixado de financiar equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja atuação tem sido descrita como de grande relevância para aumentar a capacidade resolutiva da APS, bem como apoiar a sua integração em redes de saúde.

Conclusão

Apesar do verniz modernizador que cobre a nova política da APS, a adoção da capitação e a avaliação de desempenho como critérios para cálculo de transferências intergovernamentais parece servir mais a propósitos restritivos do que a qualificação de serviços, devendo limitar a universalidade, ampliar distorções no financiamento e induzir a focalização das ações na APS no SUS. Numa perspectiva de prolongada restrição orçamentaria, que agravará o subfinanciamento público da saúde no Brasil, a nova política pode contribuir para reverter conquistas históricas de redução de desigualdades em saúde, ocorridas desde a implantação do SUS e da ESF. Trata-se, portanto, de um retrocesso que deve ser enfrentado pelo conjunto da sociedade brasileira.

FONTE: MASSUDA, Adriano. **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 4, p. 1181-1188. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em: 3 set. 2020.



Ficou alguma dúvida? Construímos uma trilha de aprendizagem pensando em facilitar sua compreensão. Acesse o QR Code, que levará ao AVA, e veja as novidades que preparamos para seu estudo.



RESUMO DO TÓPICO 3

Neste tópico, você aprendeu que:

- A aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) especificou as atribuições e a organização do SUS.
- O Programa Saúde da Família tornou-se a principal estratégia para estruturar o sistema de saúde e o modelo assistencial do SUS.
- A aprovação da Portaria nº GM/648 instituiu a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
- O Programa Saúde da Família passou a denominar-se Estratégia Saúde da Família.
- A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, ampliou as ações e resolutividade da atenção básica por meio da possibilidade de inserção de profissionais de diversas áreas de conhecimento, incluindo nutricionista.
- Ocorreu a reformulação da PNAB com o reconhecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para a integralização do cuidado, reiterando a atenção básica como o primeiro ponto de atenção e a principal porta de entrada do sistema de saúde.
- Ocorreu a aprovação da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que revisa as diretrizes para a organização da Atenção Básica.
- Ocorreu a aprovação da PNAN por meio da Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, como parte da Política Nacional de Saúde, inserida no âmbito da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Em seu texto, salienta-se a necessidade de estabelecer parceria com setores envolvidos com a SAN assim como o estabelecimento de parceria com a sociedade civil para promover sua participação na implementação da política.
- Em 2006, ocorreu a aprovação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional que deu origem ao Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.
- Em 2010, ocorreu a incorporação da alimentação adequada como direito assegurado entre os direitos sociais da Constituição Federal, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 64.
- Em 2011, ocorreu a aprovação da nova versão da PNAN que apresentou como propósito a melhoria da situação alimentar e nutricional e por meio da promoção da alimentação saudável e adequada.



1 Considerando o papel da alimentação como fator de proteção – ou de risco – para ocorrência de grande parte das doenças e das causas de morte atuais, considera-se que a inserção universal, sistemática e qualificada de ações de alimentação e nutrição na atenção básica à saúde, integrada às demais ações já garantidas pelo Sistema Único de Saúde, poderá ter um importante impacto na saúde de pessoas, famílias e comunidades. Sendo esse nível de atenção o primeiro contato da população dentro do sistema de saúde, os profissionais devem incorporar uma visão ampla que considere as próprias condições de vida dos sujeitos e comunidades e, ainda, o contexto social de manifestação do processo saúde-doença. Algumas ações de alimentação e nutrição, no âmbito municipal, já fazem parte da agenda programática da atenção básica em saúde, embora ainda implementadas de maneira fragmentada e não universal. Nesse sentido, disserte sobre as possibilidades de atuação do profissional nutricionista na atenção básica à saúde em prol da promoção da alimentação saudável, do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional.

2 A primeira Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi aprovada no ano de 1999. A completar-se dez anos de publicação de sua primeira versão, deu-se início ao processo de atualização e aprimoramento das suas bases e diretrizes, a fim de consolidá-la como uma referência para os novos desafios a serem enfrentados no campo da Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde. A PNAN, de 2013, tem como propósito(s):

- I - A melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira.
- II - A promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis e a vigilância alimentar e nutricional.
- III - A prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

Assinale a alternativa CORRETA:

- a) () Somente a sentença I está correta.
- b) () Somente a sentença III está correta.
- c) () Somente as sentenças I e II estão corretas.
- d) () Somente a sentença II está correta.
- e) () As sentenças I, II e III estão corretas.

3 A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) constitui uma etapa importante para a configuração da área de nutrição no campo da saúde. Ao mesmo tempo que evidencia as transições epidemiológica, demográfica e nutricional projeta um modelo de segurança alimentar e nutricional fundamentado no direito humano à alimentação adequada. Sobre a PNAN (2013), analise as afirmativas a seguir:

- I - De acordo com as diretrizes da PNAN, a atenção nutricional deve ser destinada à população em condição de vulnerabilidade social, povos indígenas e quilombolas.
- II - Em relação à atenção nutricional, são demandas prioritárias as ações preventivas e de tratamento da obesidade, da desnutrição, das carências nutricionais específicas e de doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas à alimentação e nutrição.
- III - A segunda diretriz da PNAN refere-se à “Promoção da Alimentação Adequada e Saudável”. Nesse contexto, a educação alimentar e nutricional, por meio da rotulagem de alimentos aparece como uma ferramenta para auxiliar o consumidor a garantir seu direito à informação sobre os alimentos.
- IV - A PNAN representa uma estratégia que articula dois sistemas: o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN).
- V - Com relação às responsabilidades institucionais, é responsabilidade do Ministério da Saúde garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento de programas e ações de alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Assinale a alternativa CORRETA:

- a) () As sentenças I e V estão corretas.
- b) () As sentenças I e III estão corretas.
- c) () As sentenças II, III, IV e V estão corretas.
- d) () As sentenças I, II, III e V estão corretas.
- e) () Somente a sentença IV está correta.

4 A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) propõe uma atuação de caráter interdisciplinar e intersetorial, com o intuito de integrar as diversas ações para enfrentamento dos agravos nutricionais, organizado por uma série de programas e ações em diferentes vertentes, a serem implementados de maneira descentralizada, junto ao Sistema Único de Saúde. A PNAN é constituída de princípios e diretrizes e tem como propósito:

- a) () O respeito à diversidade e à cultura alimentar.
- b) () O fortalecimento da autonomia dos indivíduos.
- c) () A determinação social e a natureza interdisciplinar da alimentação e nutrição.
- d) () O controle e a regulação dos alimentos.
- e) () A melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**. v. 42, e180, 2018.

ALVES, K. P. S.; JAIME, P. C. A política nacional de alimentação e nutrição e seu diálogo com a política nacional de segurança alimentar e nutricional. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4331-4340, nov. 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Monografias autorizadas**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/registros-e-autorizacoes/agrotoxicos/produtos/monografia-de-agrotoxicos/autorizadas>. Acesso em: 20 dez. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO (ASBRAN). Veto do governo compromete resgate do Consea. Disponível em: <https://www.asbran.org.br/noticias/veto-do-governo-compromete-resgate-do-consea>. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Brasil). **Indicadores e Principais Resultados do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional PLANSAN 2012/2015**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **O Brasil sem miséria**. Orgs: Tereza Campello, Tiago Falcão, Patricia Vieira da Costa. Brasília: MDS, 2014a. 848 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda constitucional nº 64 de 4 de fevereiro de 2010**. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 5 fev. 2010a.

BRASIL. **Fome Zero: uma história brasileira.** (Org.). Adriana Veiga Aranha – Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Assessoria Fome Zero, v. 1, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. **Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009.** Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola. Diário Oficial da União. 17 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). **III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.** Relatório Final. Brasília, 2007.

BRASIL. **Lei nº 1.346, 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). **II Conferência Nacional de Segurança Alimentar.** Relatório Final. Brasília: CONSEA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição.** 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em nutrição. **Resolução CNE/CES 5, de 7 de novembro de 2001.** Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. **Lei nº 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. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. p. 496.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Previdência e Assistência Social. **Relatório Final da 8a Conferência Nacional da Saúde**. Brasília: MS; 1986.

BARROS, M. S. C.; TARTAGLIA, J. C. A política de alimentação e nutrição do Brasil: breve histórico, avaliação e perspectivas. **Alimentação e Nutrição**. Araraquara, v. 14, n. 1, p. 109-121, 2003.

CARVALHO, D. B. B. *et al.* Estudo de caso do processo de formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 449-458, dez. 2011.

CASTRO, J. **Geografia da fome**: o dilema brasileiro: pão ou aço. 10. ed. Rio de Janeiro: Edições Antares, 1984.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008.

DIAS, R.; MATOS, F. **Políticas públicas**: princípios, propósitos e processos. São Paulo: Editora Atlas, 2012.

GEUS, L. M. M. *et al.* A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 797-804, 2011.

HOFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, nov. 2001.

INSTITUTO CIDADANIA. **Projeto Fome Zero: uma proposta de política de segurança alimentar e nutricional para o Brasil**. 2001. Disponível em: http://www1.uol.com.br/fernandorodrigues/011017/doc_sintese.pdf. Acesso em: 22 jan. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **A trajetória histórica da segurança alimentar e nutricional na agenda política nacional**: projetos, descontinuidades e consolidação. Texto para Discussão n. 1953, Brasília: Ipea, 2014.

JAIME, P. C. *et al.* Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1829-1836, 2018.

JAIME, P. C. Políticas públicas de alimentação e nutrição: delimitação do campo e conceitos básicos. In: JAIME, P. C. **Políticas públicas de alimentação e nutrição**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

LEMOS, J. O. M.; MOREIRA, P. V. L. **Políticas e programas de alimentação e nutrição**: um passeio pela história. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 17, n. 4, p. 377–386, 2013.

MELO, E. A. *et al.* **Mudanças na política nacional de atenção básica**: entre retrocessos e desafios. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, set. 2018.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 5 out. 2019.

SILVA, C. L.; SOUZA-LIMA, J. E. (Orgs.). **Políticas públicas e indicadores para o desenvolvimento sustentável**. São Paulo: Saraiva, 2010. v. 1. 177p.

SECCHI, L. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SOARES, L. P.; SANTOS, L. M. P. Políticas e programas de segurança alimentar e nutricional. In: Silva, C. O.; Souza, D. A.; Pascoal, G. B.; Soares, L. P. (Orgs.). **Segurança Alimentar e Nutricional**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2015, v. 1, 264p.

VASCONCELOS, F. A. G. *et al.* **Public policies of food and nutrition in Brazil**: From Lula to Temer. Rev. Nutr., Campinas, v. 32, e180161, 2019.

VASCONCELOS, F. A. G. **Combate à fome no Brasil**: uma análise histórica de Vargas a Lula. Rev. Nutr., Campinas, v. 18, n. 4, p. 439-457, 2005.

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir do estudo desta unidade, você deverá ser capaz de:

- compreender a história e a evolução dos direitos humanos, principalmente do direito à saúde e o direito à alimentação adequada;
- identificar o processo histórico da segurança alimentar e nutricional, a construção do conceito e a lei orgânica de segurança alimentar e nutricional;
- compreender a atuação da lei orgânica de segurança alimentar e nutricional, do sistema nacional de segurança alimentar e nutricional e da política nacional de segurança alimentar e nutricional;
- entender a relação da agricultura com a segurança alimentar e nutricional, com ênfase no sistema agroecológico e soberania alimentar;
- reconhecer a importância do profissional nutricionista para o direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional.

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em três tópicos. No decorrer da unidade você encontrará autoatividades com o objetivo de reforçar o conteúdo apresentado.

TÓPICO 1 – O DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

TÓPICO 2 – A LEI ORGÂNICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

TÓPICO 3 – O SISTEMA AGROALIMENTAR E SUA RELAÇÃO COM A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL



Preparado para ampliar seus conhecimentos? Respire e vamos em frente! Procure um ambiente que facilite a concentração, assim absorverá melhor as informações.

DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

1 INTRODUÇÃO

Acadêmico, você já deve conhecer a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), mas sabe como ela influencia na saúde e na alimentação? Esta é a temática deste tópico de estudos. Com a DUDH, em 1948, os “Estados-Membros se comprometeram a promover, em cooperação com as Nações Unidas, o respeito universal aos direitos e liberdades humanas fundamentais e a observância desses direitos e liberdades” (ONU, 1948, n. p.). Assumindo, assim, diversos compromissos desde então, que resultam em diferentes direitos humanos. Entre eles, a alimentação adequada é um direito humano básico, já que sem ela não há como serem discutidos ou concretizados os demais direitos, sendo a alimentação imprescindível para o direito à vida (VALENTE, 2001).

Dessa forma, todo o ser humano deve ter acesso ao alimento de qualidade e que não coloque a vida em risco ou traga prejuízos à saúde. Assim, a alimentação adequada envolve toda a cadeia produtiva do alimento, do campo à mesa, levando em consideração o uso de agrotóxicos, alimentos transgênicos, aditivos alimentares, quantidade elevada de sódio e açúcar adicionados aos alimentos, rotulagem de alimentos, entre outros.

Para se concretizar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) se fazem necessárias ações, políticas públicas e leis. Assim, o percurso para concretização deste direito foi difícil, demorado e burocrático, e continua sendo, para colocá-lo em prática, envolvendo o trabalho de nutricionistas, agricultores, políticos, organizações não governamentais e sociedade civil.

2 DIREITOS HUMANOS

Os Direitos Humanos foram estabelecidos por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), um documento marco na história, elaborado por representantes de diferentes origens jurídicas e culturais de todas as regiões do mundo. A DUDH foi proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, por meio da Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral (ONU, 1948).



A Declaração Universal dos Direitos Humanos está no *Guinness Book* (Livro dos Recordes) como o documento mais traduzido do mundo. Sendo mais de 500 idiomas, incluído dialetos, línguas indígenas e língua de sinais, permitindo que cada vez mais pessoas em todo mundo conheçam os seus direitos.

A DUDH foi proclamada

como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta Declaração, se esforce, através do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universal e efetiva, tanto entre os povos dos próprios Estados-Membros, quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948, n. p.).

Dessa forma, estabelece obrigações dos governos de agirem de determinadas formas ou se absterem de certos atos, com a finalidade de promover e proteger os direitos humanos e as liberdades de grupos ou indivíduos.



Todo o texto da DUDH foi composto em menos de dois anos, um consenso extraordinário alcançado em uma época em que o mundo havia recentemente se dividido em blocos comunistas orientais e ocidentais, quando o linchamento ainda era comum nos Estados Unidos e o apartheid estava sendo consolidado na África do Sul. O representante sírio na ONU da época observou que a Declaração não era o trabalho da Assembleia Geral, mas “a realização de gerações de seres humanos que trabalharam para esse fim”. No entanto, a tarefa de cristalizá-lo no papel coube a um pequeno grupo de redatores de diversas origens, incluindo o dramaturgo chinês Chang Peng-Chun e Charles Malik, um filósofo e diplomata libanês. O fato de que o termo “homem” em documentos anteriores tornou-se “todos” na DUDH ocorreu graças ao trabalho de mulheres delegadas como Hansa Mehta, da Índia, Minerva Bernardino, da República Dominicana, e Begum Shaista Ikramullah, do Paquistão. A versão final foi apresentada à Assembleia Geral, em uma sessão de fim de noite em Paris, em 9 de dezembro de 1948, por um descendente de negros escravizados, o delegado haitiano Emile Saint-Lot. O projeto de resolução sobre direitos humanos, disse ele, foi “o maior esforço já feito pela humanidade para dar à sociedade novas bases legais e morais”. Até mesmo o local da sessão da Assembleia Geral foi pungente. O Palais de Chaillot era o ponto de vista do qual Adolf Hitler fora fotografado, com a Torre Eiffel ao fundo, durante sua curta viagem pela cidade em 1940 — uma imagem icônica da Segunda Guerra Mundial. No dia seguinte, 10 de dezembro (agora comemorado anualmente como Dia dos Direitos

Humanos), 58 países levaram os direitos humanos para o direito internacional, ampliando as sete referências ao termo na Carta da ONU, que tornou a promoção e a proteção dos direitos humanos um objetivo essencial e um princípio orientador da Organização. Os redatores examinaram cerca de 50 Constituições contemporâneas para garantir a inclusão de direitos de diversos países do mundo.

Entende-se que “os direitos humanos são direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição” (ONU, 2020, s. p.). Os direitos humanos são fundados sobre o respeito pela dignidade e o valor de cada pessoa simplesmente por ser um humano. Entre os direitos humanos estão o direito à vida, à liberdade, à educação, à saúde, à alimentação, entre outros.

FIGURA 1 – CRIANÇAS LENDO A DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS



FONTE: <<https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>>. Acesso em 5 abr. 2020.

A DUDH é composta por 30 artigos, entre eles, está o direito à saúde e à alimentação, no artigo XXV:

Artigo XXV 1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948, n. p.).



Confira a DUDH na íntegra no link: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>.

Quando um país ratifica um tratado internacional de direitos humanos, reitera sua obrigação, enquanto Estado, de elaborar leis e políticas públicas, e realizar ações que promovam a equidade e reduzam as desigualdades, tanto em âmbito nacional como internacional (BEZERRA; ISAGUIRRE, 2014).

Os direitos humanos são universais, indivisíveis, inalienáveis, interdependentes e inter-relacionados em sua realização. Definidos como:

- Universais porque se aplicam a todos os seres humanos, independente do sexo e da opção sexual, idade, origem étnica, cor da pele, religião, opção política, ideologia ou qualquer outra característica pessoal ou social.
- Indivisíveis todos os direitos, sejam civis, políticos, econômicos, sociais ou culturais são igualmente necessários para uma vida digna. Eles precisam ser considerados como um todo e a realização de um não pode ser justificativa para a não realização de outros.
- Interdependentes e inter-relacionados porque a realização de um requer a garantia dos demais. Por exemplo: não há liberdade sem alimentação; não há saúde sem alimentação saudável e adequada etc. A promoção da realização de qualquer direito humano tem que ser desenvolvida de forma interdependente e inter-relacionada com a promoção de todos os direitos humanos.
- Inalienáveis, os direitos são intransferíveis, inegociáveis e indisponíveis. Portanto, não podem ser tirados por outros, nem podem ser cedidos voluntariamente por ninguém, nem podem ter a sua realização sujeita a condições (BRASIL, 2010a, p. 22).

Além da DUDH, com o passar dos anos, foram afirmados pactos internacionais que reforçam os Direitos Humanos e fazem com que os Estados assumam compromissos efetivos para garantir que todos os seres humanos tenham seus direitos assegurados.

O Brasil é signatário de Pactos Internacionais que visam à garantia dos Direitos Humanos, sendo eles: Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (1966); Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Pidesc) (1966); Pacto para Eliminação de todas as formas de discriminação contra Mulheres (1979); Pacto Internacional dos Direitos da Criança (1989); e Conferência Mundial dos Direitos Humanos (1993).

Além dos Pactos Internacionais, as Nações Unidas estabeleceram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Os ODM foram estabelecidos no ano 2000 com oito objetivos de combate à pobreza para serem alcançados até o final de 2015.

Em 2015, as Nações Unidas analisaram os resultados obtidos com os ODM e definiram os ODS como parte de uma nova agenda de desenvolvimento sustentável que deve finalizar o trabalho dos ODM. Os ODS são compostos por 17 objetivos a serem alcançados até 2030.

3 DIREITO HUMANO À SAÚDE

O Direito Humano à Saúde foi estabelecido na DUDH, no artigo 25, no qual, compreende-se que o direito à saúde é indissociável do direito à vida, que tem por inspiração o valor de igualdade entre as pessoas.

No ano de 1966 foi estabelecido o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Pidesc), que reafirmou o direito à saúde e indicou medidas a serem adotadas pelos países, conforme observado no artigo 12º:

§1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental.

§2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

1. A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças.
2. A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente.
3. A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças.
4. A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade (ONU, 1966, s. p.).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é um organismo internacional que integra a Organização das Nações Unidas (ONU) e se constitui como um sistema global de proteção do direito à saúde. A OMS define saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades.

No Brasil, somente com a Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito constitucional, possibilitando que a população brasileira tenha acesso à saúde e fazendo cumprir o Direito à Saúde por meio do artigo 196, que dispõe “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, s. p.).

O Direito à Saúde é contemplado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei nº 8080/1990, que em seu art. 3º Art. determina “Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990, s. p.).



Acadêmico, o Direito Humano à Saúde possui uma relação estreita com o Direito Humano à Alimentação Adequada. Que tal saber mais? Realize a leitura do Livro: *Dialogando sobre o direito humano à alimentação adequada no contexto do SUS Brasil*. Disponível em: http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=35.

4 DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

O Direito Humano à Alimentação Adequada está previsto no art. 25 da DUDH, em que é discutido no contexto da promoção do direito a um padrão adequado de vida. Posteriormente foi reafirmado no art. 11 do Pidesc:

§1 Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa a um nível de vida adequado para si próprio e para sua família, inclusive à alimentação, vestimenta e moradia adequadas, assim como uma melhoria contínua de suas condições de vida. Os Estados-partes tomarão medida apropriadas para assegurar a consecução desse direito, reconhecendo, nesse sentido, a importância essencial da cooperação internacional fundada no livre consentimento.

§2 Os Estados-partes no presente Pacto, reconhecendo o direito fundamental de toda pessoa de estar protegida contra a fome, adotarão, individualmente e mediante cooperação internacional, as medidas, inclusive programas concretos, que se façam necessários para:

1. Melhorar os métodos de produção, conservação e distribuição de gêneros alimentícios pela plena utilização dos conhecimentos técnicos e científicos, pela difusão de princípios de educação nutricional e pelo aperfeiçoamento ou reforma dos regimes agrários, de maneira que se assegurem a exploração e a utilização mais eficazes dos recursos naturais.
2. Assegurar uma repartição equitativa dos recursos alimentícios mundiais em relação às necessidades, levando-se em conta os problemas tanto dos países importadores quanto dos exportadores de gêneros alimentícios (ONU, 1966, s. p.).

“As normas internacionais reconhecem o direito de todos à alimentação adequada e o direito fundamental de toda pessoa a estar livre da fome como pré-requisitos para a materialização /ou reivindicação de outros direitos humanos” (BEZERRA; ISAGUIRRE, 2014, p. 678).

Em 1974, em Roma, aconteceu a primeira Conferência Mundial da Alimentação que adotou a Declaração Universal para a Erradicação da Fome e Subnutrição nos seguintes termos:

Todo homem, mulher e criança tem o direito alienável de estar livre da fome e da subnutrição, para que se desenvolva plenamente e mantenha suas faculdades físicas e mentais. A sociedade hoje já possui recursos suficientes, capacidade de organização e tecnologia e, portanto, a competência para alcançar este objetivo. Dessa forma, a erradicação da fome é um objetivo comum de todos os países da comunidade internacional, especialmente dos países desenvolvidos e de outros que estejam em posição de ajudar (GAMBA; MONTAL, 2009, p. 66).

Em 1996, na cidade de Roma, houve a reunião da Cúpula Mundial de Alimentação, que teve como resultado a Declaração de Roma Sobre a Segurança Alimentar Mundial e Plano de Ação da Cúpula Mundial da Alimentação. Na ocasião, os Chefes de Estado e de Governo reafirmaram “o direito de todos a terem acesso a alimentos seguros e nutritivos, em consonância com o direito a uma alimentação adequada e com o direito fundamental de todos a não sofrer a fome” (ONU, 1996, s. p.).



Leia a Declaração de Roma Sobre a Segurança Alimentar Mundial e Plano de Ação da Cúpula Mundial da Alimentação, na íntegra: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/FAO-Food-and-Agriculture-Organization-of-the-United-Nations-Organiza%C3%A7%C3%A3o-das-Na%C3%A7%C3%B5es-Unidas-para-a-Alimenta%C3%A7%C3%A3o-e-a-Agricultura/cupula-mundial-de-alimentacao-declaracao-de-roma-sobre-a-seguranca-alimentar-mundial-a-plano-de-acao-da-cupula-mundial-da-al.html>.

Já em 1999, no Comentário Geral n. 12, do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Alto Comissariado de Direitos Humanos da ONU, consta que o DHAA é alcançado quando “cada homem, mulher e criança, sozinho ou em companhia de outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para sua obtenção” (ONU, 1999, s. p.).

Em 2002, o Conselho da FAO criou um grupo de trabalho intergovernamental para elaborar um conjunto de Diretrizes Voluntárias sobre a realização progressiva do DHAA no contexto da segurança alimentar e nutricional, sendo aprovada em 2004 pelos 151 países que compõe a FAO. O primeiro Relator Especial das Nações Unidas para o Direito à Alimentação, Jean Ziegler, definiu o DHAA em sua versão mais atual:

O direito à alimentação adequada é um direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva (ONU, 2002, s. p.).



O dia Mundial da Alimentação é celebrado no dia em 16 de outubro, data da criação da Fundação da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), em 1945. A FAO tem como objetivo a melhoria dos níveis de segurança alimentar e nutricional, bem como a melhoria da produtividade agrícola e as condições da população rural, além de ferir os recursos naturais de forma sustentável.

Além disso, no ODM, a Meta de Desenvolvimento do Milênio nº 1 estabelecida era de reduzir pela metade, entre os anos 1990 e 2015, a proporção da população que sofre com a fome. Enquanto no ODS, entre as 169 metas estabelecidas, há metas que buscam o cumprimento do DHAA.

O DHAA na Constituição Federal Brasileira (1988) estava implícito em demais artigos e após a Emenda Constitucional 064/2010, passa a ser incluído no artigo 6º, alterando a redação original: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 2010c, s. p.).

O DHAA na Constituição Federal é resultado de uma luta histórica e, ao “conferir um status constitucional ao tema do direito à alimentação como um direito social que deve ser reafirmado expressamente [...], estamos, em outro sentido, reafirmando o compromisso do Estado brasileiro de dar prioridade a esse assunto” (BRASIL, 2013, s. p.).

O DHAA deve ser assegurado por meio de políticas públicas de segurança alimentar e nutricional (SAN) de responsabilidade do Estado e da sociedade, entende-se que conforme a SAN é conquistada, o DHAA é progressivamente realizado. Para assegurar a SAN, foi criada a Lei nº 11.346/2006, denominada Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan) (BRASIL, 2006). Abordaremos esse assunto no próximo tópico de estudos.

Conforme afirma a Losan, em seu Art. 2º

A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população (BRASIL, 2006, s. p.).

Entende-se que a fome e a desnutrição são violações do DHAA, mas não se deve limitar a isso. A alimentação adequada deve considerar a relação entre o homem e o alimento, a realidade cultural de cada povo, as condições higiênico-sanitárias e os aspectos nutricionais.

Além disso, a promoção do DHAA envolve ações específicas para diferentes grupos e passa pela promoção da agricultura familiar, de incentivo às práticas agroecológicas, de vigilância sanitária dos alimentos, de abastecimento de água e saneamento básico, de alimentação escolar, do atendimento pré-natal de qualidade, da não discriminação de povos, etnia e gênero, entre outros (BURITY *et al.*, 2013), portanto, o DHAA diz respeito a todas as pessoas, de todas as sociedades, e não apenas àquelas que não têm acesso aos alimentos. A promoção e plena realização do DHAA envolve elementos de justiça social e econômica, enquanto as formas como cada um desses fatores serão atendidos, dependerá da realidade específica de cada grupo ou povo. Como exemplo, “os moradores de um bairro necessitam de trabalho, renda e acesso à água. As pessoas portadoras de necessidades alimentares especiais carecem de acesso e informação sobre os alimentos adequados para sua necessidade” (LEÃO; RECINE, 2011, p. 480). “É importante saber que o termo ‘adequada’ não se limita aos aspectos nutricionais da alimentação envolvendo uma gama maior de fatores” (BRASIL, 2010c, s. p.), conforme ilustrado a seguir:

FIGURA 2 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS DIMENSÕES DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA



FONTE: Leão (2013, p. 28)

Diante disso, não basta ter o que comer, é preciso que esse alimento seja, de fato, adequado, o que envolve todos os aspectos abordados na figura acima. Para isso, deve haver o envolvimento de todos no processo de produção do alimento e isto engloba diferentes políticas públicas. Assim, a busca pela garantia dos Direitos Humanos deve ser realizada diariamente, fazendo cumprir a DUDH, leis e políticas públicas. Este é o tema do próximo tópico!



Que tal aprofundar o conhecimento sobre o DHAA? Faça a leitura do material: *Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional*. Disponível em: https://www.redsan-cplp.org/uploads/5/6/8/7/5687387/dhaa_no_contexto_da_san.pdf.



A violação do DHAA como um processo histórico

De acordo com dados da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação – FAO (2013), o direito à alimentação ainda está “ausente da vida de 963 milhões de pessoas ao redor do mundo”; destes, 53 milhões pertencem aos continentes da América Latina e do Caribe. Esses dados construídos pela entidade por vezes entram em contradição quando se analisa de modo mais aprofundado a realidade de cada país. Os dados dos países apontam realidade mais grave do que aqueles apresentados pela FAO.

Impossível tratar desse tema e não fazer menção aos referenciais teóricos desenvolvidos por Josué de Castro, ainda nos anos de 1930 e 1940, sobre a relação entre desenvolvimento, subdesenvolvimento e a fome concretamente existente no mundo. Para ele:

[...] o desenvolvimento implica mudanças sociais sucessivas e profundas, que acompanham inevitavelmente as transformações tecnológicas do contorno natural. O conceito de desenvolvimento não é meramente quantitativo, mas compreende os aspectos qualitativos dos grupos humanos a que concerne. Crescer é uma coisa; desenvolver, outra. Crescer é, em linhas gerais, fácil. Desenvolver equilibradamente, difícil. Tão difícil que nenhum país do mundo conseguiu ainda. Desta perspectiva, o mundo todo continua mais ou menos subdesenvolvido. (CASTRO, 2003, p. 136, 137-140).

Desse modo, compreende-se a fome como uma consequência do desenvolvimento e do subdesenvolvimento dos países, sendo o segundo um produto do primeiro. Já a fome endêmica pode ser traduzida como um processo igualmente complexo e socialmente determinado, e são partes desse subdesenvolvimento concebido por esse autor como “um tipo de poluição humana localizado em alguns setores abusivamente explorados pelas grandes potências industriais do mundo” (CASTRO, 2003, p. 137).

Ao evidenciar um paradoxo acerca desse fenômeno, afirma que a fome na Índia, no Peru, em São Domingos ou no Nordeste do Brasil, embora apareça como manifestação local de zonas subdesenvolvidas, exprime formas paradoxais de doenças da civilização, na medida em que são o produto indireto do crescimento econômico desequilibrado, da mesma forma que são também indiretamente produzidas por ele as doenças cardiovasculares e degenerativas.

Ainda em 1946, a clássica obra desse mesmo autor, *Geografia da Fome*, traz o primeiro mapeamento sobre a disponibilidade e o acesso aos alimentos – de norte a sul do Brasil –, configurando o que hoje conhecemos como “mapa da fome”, passando a ser considerado o marco histórico do debate para esse problema mundial. A contribuição desse autor para a questão da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) no Brasil, bem como para a construção de indicadores, é essencial, pois a partir das suas “descobertas” foi possível relacionar o não acesso a uma alimentação adequada com outras variáveis, desde a concepção de saúde (individual e coletiva) até a concepção de desenvolvimento social. Esse autor evidencia que

[...] existem duas maneiras de morrer de fome: não comer nada e definir de maneira vertiginosa até o fim, ou comer de maneira inadequada e entrar em um regime de carências ou deficiências específicas, capaz de provocar um estado que pode também conduzir à morte. Mais grave ainda que a fome aguda e total, devido às suas consequências sociais e econômicas, é o fenômeno da fome crônica ou parcial, que corrói silenciosamente inúmeras populações do mundo. (CASTRO, 2005, p. 77).

A partir das informações obtidas mediante análises de consumo alimentar e outras estratégias metodológicas, em *Geografia da Fome*, o autor constatou que, para as regiões Sul e Sudeste do Brasil, a carência de nutrientes específicos designava o que ele denominou de “fome oculta”. Essa expressão, introduzida por Castro (2005), trouxe o debate sobre a qualidade da alimentação à qual parte dos brasileiros tinha acesso naquela época, e de como ela deveria se basear não só nos aspectos quantitativos, mas também qualitativos, já que mesmo as crianças com alto padrão de consumo muitas vezes se alimentam de produtos “ocos”, deficientes em vitaminas, minerais e fibras.

Depois de problematizar acerca do consumo de alimentos e de sua estreita relação com o estado nutricional, Castro (2005) trouxe para o debate o tema da fome como questão política e social, publicando a obra *Geopolítica da Fome*. Batista Filho (2003) afirma que, após as publicações de *Geografia da Fome* e *Geopolítica da Fome*, as ideias de Josué de Castro foram fundamentais para a instituição do salário mínimo, estabelecendo uma cesta de 12 alimentos que comprometeria 50% da estimativa salarial e atenderia a 100% das recomendações de calorias, proteínas, sais minerais e vitaminas. Esse fato demonstra o quanto o Estado pode (ou não) intervir tomando por base resultados de estudos e pesquisas que, mediante a construção/análise de indicadores, apresentam determinadas realidades, em determinados campos específicos.

BEZERRA, Islândia Costa; ISAGUIRRE Katya Regina. Direito humano à alimentação adequada (DHAA): a discussão da “geografia da fome” à sua proteção jurídica no Brasil. **Pensar**, Fortaleza, v. 19, n. 3, p. 675-692, set./dez. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/rpen/article/download/2715/pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

RESUMO DO TÓPICO 1

Neste tópico, você aprendeu que:

- A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi promulgada em 1948 e é composta por 30 artigos. No art. XXV está o direito à saúde e à alimentação.
- Todo ser humano, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição, deve ter seus direitos humanos assegurados.
- Ao ratificar um tratado internacional de direitos humanos, o país assume a obrigação, enquanto Estado, de elaborar leis e políticas públicas, e realizar ações para o cumprimento dos direitos humanos.
- Em 1966 foi estabelecido o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Pidesc).
- Os Pactos Internacionais reforçam os Direitos Humanos e fazem com que os Estados-membros assumam compromissos efetivos para garantir que todos os seres humanos tenham seus direitos assegurados.
- Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram estabelecidos no ano 2000, com oito objetivos de combate à pobreza para serem alcançados até o final de 2015.
- Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) foram estabelecidos em 2015 com 17 objetivos a serem alcançados até 2030.
- No Brasil, o Direito à Saúde é garantido pela Constituição Federal (1988) e pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Em 1974, em Roma, aconteceu a primeira Conferência Mundial da Alimentação que adotou a Declaração Universal para a Erradicação da Fome e Subnutrição.
- O direito à alimentação adequada é um direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva (ONU, 2002).
- O DHAA deve ser assegurado por meio de políticas públicas de segurança alimentar e nutricional (SAN) de responsabilidade do Estado e da sociedade.
- Em 2006 foi sancionada a lei nº 11.346, denominada Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan).
- O DHAA diz respeito a todas as pessoas, de todas as sociedades, e não apenas àquelas que não têm acesso aos alimentos.



- 1 Os direitos humanos são universais, indivisíveis, inalienáveis, interdependentes e inter-relacionados em sua realização. Isso pode ser observado no artigo 2 da Declaração Universal dos Direitos Humanos:

Artigo 2. §1. Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.

§2. Não será também feita nenhuma distinção fundada na condição política, jurídica ou internacional do país ou território a que pertença uma pessoa, quer se trate de um território independente, sob tutela, sem governo próprio, quer sujeito a qualquer outra limitação de soberania (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948, s. p.).

Diante do exposto analise as sentenças a seguir:

- I - Os direitos humanos são inter-relacionados porque um direito humano precisa dos demais direitos para ser alcançado.
- II - Os direitos humanos são indivisíveis porque todos eles são necessários para que os cidadãos possuam uma vida digna.
- III - Os direitos humanos são universais porque são adotados por todos os países.
- IV - Os direitos humanos são interdependentes porque podem ser cedidos por uma Empresa ou pelo Estado.

Assinale a alternativa CORRETA:

FONTE: ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>. Acesso em: 29 jun. 2020.

- a) () As sentenças I e II estão corretas.
- b) () As sentenças III e IV estão corretas.
- c) () As sentenças I e IV estão corretas.
- d) () As sentenças I, III e IV estão corretas.

- 2 “Um dos avanços mais importantes foi, sem dúvida, a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, este grandioso sistema público de saúde que prevê o direito de toda a população, sem nenhuma discriminação, de ter acesso aos serviços de saúde” (BRASIL, 2010a). Sobre o exposto, classifique V para as sentenças verdadeiras e F para as falsas:

- () O Sistema Único de Saúde, criado pela Emenda Constitucional 064/2010, garante à população brasileira o Direito Humano à Alimentação Adequada.
- () A alimentação, a moradia, o saneamento básico, o trabalho, a educação, são considerados pela Lei 8080 como determinantes e condicionantes de saúde.
- () A saúde passou a ser considerada como um Direito Humano no Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

- a) () F – F – V.
- b) () F – V – V.
- c) () V – F – F.
- d) () V – V – F.

3 A alimentação adequada é um direito assegurado pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan) e pela Constituição Federal. Todavia, afinal, o que significa alimentação adequada? Justifique sua resposta.

A LEI ORGÂNICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

1 INTRODUÇÃO

Acadêmico, no tópico anterior foram apresentados os Direitos Humanos, entre eles o DHAA. Você percebeu como a ONU, por meio da DUDH, os Pactos Internacionais, OMS e FAO influenciam os Países (Estados-membros) na adoção e no cumprimento dos Direitos Humanos?

O Brasil, há várias décadas vem construindo políticas públicas para melhorar a SAN da população e dessa forma fazer com que a todos os cidadãos brasileiros seja garantido o DHAA. Neste sentido, como já mencionado no tópico anterior, em 2006 foi sancionada a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan) (Lei nº 11.346) que instituiu o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan). E em 2010 foi inserida a alimentação como um direito social na Constituição Federal, por meio da Emenda nº 64.

Para garantir o cumprimento da Losan e do DHAA, em 2010, por meio do Decreto nº 7272, foi instituída a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN). Nas próximas páginas deste tópico, você irá compreender SAN, Losan, Sisan e PNSAN.



Leia o Decreto nº 7272, de 25 de agosto de 2010, que Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Sisan – com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências.

2 O MARCO DA LEI ORGÂNICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

O DHAA e SAN são indissociáveis, desse modo, estão presentes juntos na história para construção de políticas públicas que garantam que todo ser humano tenha acesso a alimentos de qualidade. No tópico anterior, você estudou os Direitos Humanos e como ao longo da história foi construído o DHAA relacionado com a SAN. Agora, você irá compreender como se deu a formulação da política pública.

O Brasil assinou diferentes pactos internacionais, além do ODM, que visavam à eliminação da fome. Ou seja, havia uma pressão mundial e uma responsabilidade diante da ONU para que o Brasil formulasse políticas que visassem a SAN e garantisse a população o DHAA. Paralelamente, a sociedade civil pressionava o Governo para que realizasse ações voltadas para SAN. O quadro a seguir resume os fatos históricos da SAN.

QUADRO 1 – SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: DO CONCEITO AO DIREITO

Período	Evolução histórica do conceito da Segurança Alimentar e Nutricional
1914 - 1918	Surge o conceito de segurança alimentar relacionado com segurança nacional durante a I Guerra Mundial.
1939 - 1945	Na II Guerra Mundial, ganha importância estratégica decisiva na preservação dos interesses dos países.
1946	A fome, como questão política, entra na agenda mundial, com a publicação do livro “ <i>Geografia da Fome</i> ”, por Josué de Castro.
Anos 70	Com a crise de alimentos, passa a ser uma questão de produção de alimentos, com ênfase na comida.
Anos 80	Fome e desnutrição vistas como problemas de acesso e não de produção. Ampliação do conceito, incluindo oferta adequada e estável e garantia de alimentos saudáveis a todos.
1996	Na Conferência Mundial de Alimentação, é discutida a responsabilidade do Estado para assegurar esse direito e fazê-lo em obrigatória articulação com a sociedade civil.
2004	Durante a II Conferência Nacional de SAN, é incluído o respeito à diversidade cultural e a sustentabilidade socioeconômica e ambiental ao seu conceito. 151 países que compõem o Conselho da FAO aprovam as Diretrizes Voluntárias em apoio à realização progressiva do direito à alimentação adequada no contexto da SAN.
2006	Como esforço para colocar o direito à alimentação como eixo orientador da SAN, é sancionada a Lei Orgânica da SAN no Brasil.
2010	No Brasil, é promulgada a emenda constitucional que inclui a alimentação entre os direitos sociais.

FONTE: Nascimento e Andrade (2010, p. 37)

Conforme abordado na primeira unidade de estudos, em 1946, Josué de Castro publicou *Geografia da Fome* mostrando as carências alimentares no Brasil. Castro e demais cientistas contribuíram na formulação de políticas que visavam combater a fome, entre elas a instituição do salário mínimo. Desde então, várias ações foram acontecendo, de forma mais acentuada após a Ditadura Militar, entre elas, a Pronan, a Constituição Federal, a Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida, criação do Consea e Programa Fome Zero, esse percurso culminou em uma Lei.



Revise o TÓPICO 2 – Cenário histórico das políticas públicas de alimentação e nutrição no Brasil, da Unidade 1.

A Losan é o resultado da articulação da sociedade civil com o Governo. Foi proposta e discutida em 2004 na II Conferência Nacional Segurança Alimentar e Nutricional (CNSAN) que tinha como tema “A construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional”, tornando-se um projeto de Lei. Na Câmara dos Deputados, o projeto de lei foi aprovado por unanimidade em três comissões, assim como Senado Federal. Sendo aprovada em caráter de urgência pela Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) no dia 5 de setembro de 2006 e a lei foi sancionada no dia 15 de outubro de 2006 (BRASIL, 2013).

A Losan mostra o percurso e medidas que o Brasil deve adotar para que haja SAN, pois define a SAN, estabelece os princípios de universalidade, equidade, autonomia, participação social e intersetorial, transparência; apresenta diretrizes; traça objetivos claros; e recomenda a elaboração de uma Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e de um Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN) (BRASIL, 2006).

A definição de SAN, que havia sido construído na II Conferência Nacional de SAN foi ratificada pela Losan, sendo apresentado no Art. 3º da Lei

A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006, s. p.).

Ao afirmar que determinado grupo ou indivíduo está em estado de segurança alimentar e nutricional, considera-se que este grupo ou indivíduo está tendo acesso regular a alimentação e nutrição adequadas e está tendo plenas condições de aproveitar, em termos fisiológicos, os alimentos ingeridos (BURITY *et al.*, 2010, p. 22).

Ou seja, o acesso ao alimento não garante a SAN,

[...] É que existem duas maneiras de morrer de fome: não comer nada e definhar de maneira vertiginosa até o fim, ou comer de maneira inadequada e entrar em um regime de carências ou deficiências específicas, capaz de provocar um estado que também pode conduzir à morte. Mais grave ainda que a fome aguda e total, devido às suas repercussões sociais e econômicas, é o fenômeno da fome crônica ou parcial, que corrói silenciosamente inúmeras populações do mundo (CASTRO, 2003, p. 138).

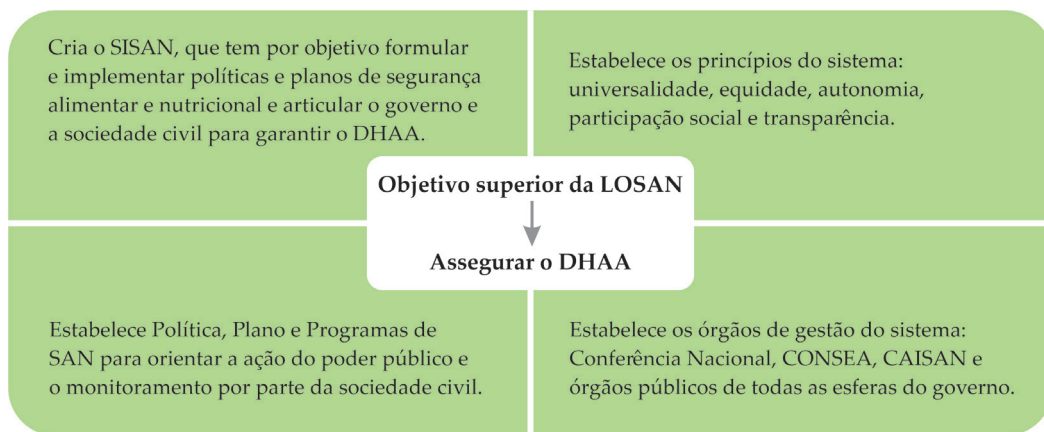
Dessa forma, entende-se que o excesso de alimentos ou os alimentos inadequados são prejudiciais à saúde, principalmente quando o alimento é rico em calorias e pobre em nutrientes. E que para ser garantido o DHAA é necessário garantir que o alimento seja saudável, principalmente pelo fato do Brasil enfrentar um binômio no qual muitos passam fome por não ter acesso ao alimento e outros desenvolvem doenças, como a obesidade, hipertensão e diabetes, por consumirem alimentos nutricionalmente inadequados.

Dessa forma, a Losan foi formulada para contemplar toda a cadeia produtiva dos alimentos e para garantir que todas as pessoas tenham acesso a alimentos saudáveis. Conforme pode ser observado nos princípios que orientam a Losan que são o DHAA e a soberania alimentar, apresentadas nos artigos 2º e 5º:

Art. 2º A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população.
Art. 5º A consecução do direito humano à alimentação adequada e da segurança alimentar e nutricional requer o respeito à soberania, que confere aos países a primazia de suas decisões sobre a produção e o consumo de alimentos (BRASIL, 2006, s. p.).

Um dos mecanismos da Losan foi a criação do Sisan, assunto tratado a seguir, entre outros, conforme mostra a figura a seguir:

FIGURA 3 – QUADRO-SÍNTESE DA LOSAN



FONTE: Leão (2013, p.147)

Conforme já abordado, o primeiro Consea foi criado em 1993, no contexto das mobilizações e da campanha nacional “contra a fome, a miséria e pela vida”, durante o Governo Itamar Franco. Em 1995 foi extinto sob o argumento de que seu papel seria cumprido pelo Conselho do Programa Comunidade Solidária no Governo Fernando Henrique Cardoso. Em 2003, a partir do lançamento do programa Fome Zero, do Governo Lula, o Consea foi recriado, sendo composto

por representantes governamentais, mas com participação majoritária da sociedade civil. Desde então o Consea retomou a liderança para o debate da SAN e da alimentação como um direito humano no país.

Em 2007 foi aprovado o Decreto nº 6272/2007, que dispõe sobre a natureza, as competências, a composição e o funcionamento do Consea. Em 2019, o Governo de Jair Bolsonaro tentou extinguir o Consea através da Medida Provisória nº 870, revogando-a posteriormente após pressão da sociedade civil. Todavia, o Consea foi desarticulado devido a extinção do Ministério de Desenvolvimento Social, secretarias e falta de apoio do Governo.

O Consea, conforme determinado nos marcos legais da SAN, foi o espaço legítimo e privilegiado de mediação e aproximação entre sociedade civil e governo, especialmente no monitoramento e controle social das políticas públicas de SAN.

3 O SISTEMA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

O Sisan foi instituído por meio da Losan (Lei nº 11.346/2006) e conforme o art. 10 “tem por objetivos formular e implementar políticas e planos de segurança alimentar e nutricional, estimular a integração dos esforços entre governo e sociedade civil, bem como promover o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da segurança alimentar e nutricional do País” (BRASIL, 2006, s. p.).

No Art. 7º da Losan, estabelece-se a importância do Sisan

Art. 7º A consecução do direito humano à alimentação adequada e da segurança alimentar e nutricional da população far-se-á por meio do Sisan, integrado por um conjunto de órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e pelas instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, afetas à segurança alimentar e nutricional e que manifestem interesse em integrar o Sistema, respeitada a legislação aplicável (BRASIL, 2006, s. p.).

O Sisan é então um sistema público, assim como o SUS. Sistema público é um “agrupamento de órgãos e instâncias como partes integrantes de um todo, articulados entre si e coordenados de modo que funcionem em uma estrutura organizada, em busca de um objetivo comum” (BRASIL, 2013, p. 150). O Sisan “reunirá todos os setores de governo, as instituições e instâncias de participação social e as políticas públicas para trabalharem em conjunto e de forma articulada para um objetivo comum: a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada” (BURITY *et al.*, 2013, p. 167). Ou seja, o SUS deve assegurar o Direito à Saúde, enquanto que o Sisan deve garantir o DHAA, lembrando que os dois direitos estão entrelaçados.

Este Sistema está se constituindo para integrar as políticas da área, englobando a agricultura familiar, com financiamento, assistência técnica e garantia de venda da produção familiar diretamente para os programas sociais; a transferência de renda, o acesso à alimentação por meio de restaurantes populares, a distribuição emergencial de cestas de alimentos, os bancos de alimentos, dentre outros. O sistema abrange, ainda, políticas como a de abastecimento agroalimentar, de pesca e de aquicultura, de reforma agrária, de alimentação escolar, de alimentação saudável, de saneamento, sob responsabilidade de outros ministérios (BRASIL, 2010b, p. 81).

O Sisan é então formado pela Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), Governos: órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios, e por instituições privadas, com ou sem fins lucrativos que atuem em SAN e desejem integrar o Sistema (BRASIL, 2006). O Sisan é uma rede de benefícios, bens e serviços de assistência social, combate à fome, saúde, educação, reforma agrária, agricultura, pecuária, pesca e meio ambiente.

O Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010, entre outras providências, regulamenta a adesão dos Estados, Distrito Federal e Municípios ao Sisan, instituindo que este se dará por meio de termo de adesão, devendo ser respeitados os princípios e diretrizes do Sisan. E a Resolução nº 09/2011 apresenta, em termos práticos, os requisitos para a adesão dos Estados, Distrito Federal e Municípios ao Sisan, visando facilitar a vida dos gestores para a organização dos processos e documentos necessários para a formalização da adesão, inclusive, modelos de formulários para efetivar a adesão (BURITY *et al.*, 2013).



Leia o Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010, que Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Sisan com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7272.htm.

“A intersetorialidade é uma característica central à segurança alimentar e nutricional e significa dizer não apenas que cada setor deve trabalhar para promovê-la, mas que eles devem trabalhar juntos por esse objetivo, de maneira interligada e articulada e assim potencializar suas ações” (BRASIL, 2013, p. 156). Deve-se ainda considerar as diferentes dimensões da SAN, onde as iniciativas e políticas considerem o alimento (disponibilidade, produção comercialização e acesso aos alimentos) e o nutricional (relacionado às práticas alimentares e

utilização biológica do alimento). Assim, entende-se que é necessária a mobilização, a articulação e a criação de políticas estratégicas entre os diferentes setores da sociedade (agricultura, abastecimento, educação, saúde, desenvolvimento e assistência social, trabalho, entre outros) (BRASIL, 2013)

Por isso, o Sisan é constituído de princípios que o orientam, sendo eles a universalidade e equidade no acesso à alimentação adequada, autonomia e dignidade das pessoas, participação social em todas as etapas da gestão das políticas públicas e transparência (BRASIL, 2006).

No art. 9º da Losan são estabelecidas as seguintes diretrizes para o Sisan:

- I- promoção da intersetorialidade das políticas, programas e ações governamentais e não governamentais;
- II- descentralização das ações e articulação, em regime de colaboração, entre as esferas de governo;
- III- monitoramento da situação alimentar e nutricional, visando a subsidiar o ciclo de gestão das políticas para a área nas diferentes esferas de governo;
- IV- conjugação de medidas diretas e imediatas de garantia de acesso à alimentação adequada, com ações que ampliem a capacidade de subsistência autônoma da população;
- V- articulação entre orçamento e gestão; e
- VI- estímulo ao desenvolvimento de pesquisas e à capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2006, s. p.).



Confira a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Sisan – com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm.

4 A POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) está prevista na Losan (BRASIL, 2006) e foi instituída pelo Decreto nº 7.272, de 2010 (BRASIL, 2010). A PNSAN tem como objetivo geral “promover a segurança alimentar e nutricional [...], bem como assegurar o direito humano à alimentação adequada em todo o território nacional” (BRASIL, 2010b, s. p.).

E como objetivos específicos, conforme Art. 4º (BRASIL, 2010b, s. p.):

- I- identificar, analisar, divulgar e atuar sobre os fatores condicionantes da insegurança alimentar e nutricional no Brasil;
- II- articular programas e ações de diversos setores que respeitem, protejam, promovam e provejam o direito humano à alimentação adequada, observando as diversidades social, cultural, ambiental, étnico-racial, a equidade de gênero e a orientação sexual, bem como disponibilizar instrumentos para sua exigibilidade;
- III- promover sistemas sustentáveis de base agroecológica, de produção e distribuição de alimentos que respeitem a biodiversidade e fortaleçam a agricultura familiar, os povos indígenas e as comunidades tradicionais e que assegurem o consumo e o acesso à alimentação adequada e saudável, respeitada a diversidade da cultura alimentar nacional; e
- IV- incorporar à política de Estado o respeito à soberania alimentar e a garantia do direito humano à alimentação adequada, inclusive o acesso à água, e promovê-los no âmbito das negociações e cooperações internacionais.



Para melhor compreensão da relação da PNAN com a PNSAN, realize a leitura do artigo: *A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*.

ALVES, Kelly Poliany de Souza; JAIME, Patricia Constante. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 11, p. 4331-4340, nov. 2014. FapUNIFESP (SciELO), disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.08072014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4331.pdf>.

A PNSAN define as bases sobre as quais ações de SAN devem ser desenvolvidas para a garantia do DHAA, sendo ainda um componente importante para o desenvolvimento do Sisan. A PNSAN, estabelece ainda, as diretrizes para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN), conforme consta no Art. 3º:

- I- promoção do acesso universal à alimentação adequada e saudável, com prioridade para as famílias e pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional;
- II- promoção do abastecimento e estruturação de sistemas sustentáveis e descentralizados, de base agroecológica, de produção, extração, processamento e distribuição de alimentos;
- III- instituição de processos permanentes de educação alimentar e nutricional, pesquisa e formação nas áreas de segurança alimentar e nutricional e do direito humano à alimentação adequada;
- IV- promoção, universalização e coordenação das ações de segurança alimentar e nutricional voltadas para quilombolas e demais povos e comunidades tradicionais [...], povos indígenas e assentados da reforma agrária;

V- fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis da atenção à saúde, de modo articulado às demais ações de segurança alimentar e nutricional;

VI- promoção do acesso universal à água de qualidade e em quantidade suficiente, com prioridade para as famílias em situação de insegurança hídrica e para a produção de alimentos da agricultura familiar e da pesca e aquicultura;

VII- apoio a iniciativas de promoção da soberania alimentar, segurança alimentar e nutricional e do direito humano à alimentação adequada em âmbito internacional e a negociações internacionais baseadas nos princípios e diretrizes da Lei no 11.346, de 2006; e

VIII- monitoramento da realização do direito humano à alimentação adequada (BRASIL, 2010b, s. p.).

Para que a articulação entre os diferentes setores aconteça da melhor forma e seja possível atingir o objetivo central de assegurar a alimentação e nutrição da população, a PNSAN prevê o Plano de Segurança Alimentar e Nutricional (PLAN-SAN) que é o planejamento da ação do Estado. Este plano deve conter programas e ações a serem implementadas, bem como metas e o tempo necessário para sua realização, além dos recursos necessário e em acordo com o orçamento público.



Leia na íntegra os Planos Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN):

PLANSAN 2012-2015:

http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/plano_nacional_seguranca_nacional_revisado.pdf.

PLANSAN 2016-2019:

http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/Publicacao/Caisan_Nacional/PLANSAN%202016-2019_revisado_completo.pdf.

Por meio de planejamento, implementação e monitoramento da PNSAN e da ativa participação da sociedade civil que a SAN se torna realidade e transformam as políticas públicas em reais benefícios para toda a população.

A figura a seguir mostra a dimensão da PNSAN e os atores envolvidos:

FIGURA 4 – PNSAN



FONTE: Leão (2013, p. 231)

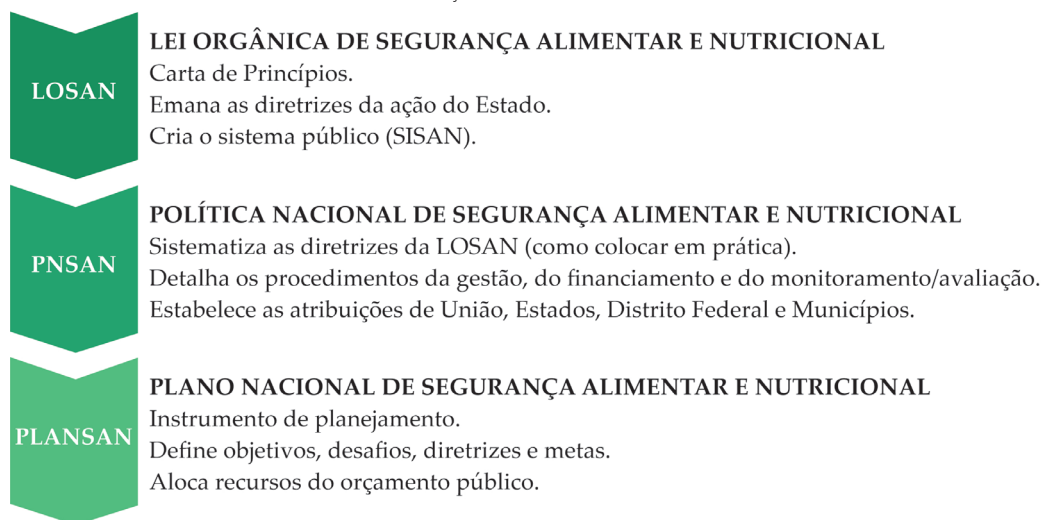


Qual é a diferença entre Losan, PNSAN e PLANSAN?

Losan é uma lei orgânica que disciplina a forma de organização da ação do Estado no campo da segurança alimentar e nutricional com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada. Ela é a carta dos princípios que a nação deve seguir no campo da SAN.

A Losan recomendou a elaboração de uma Política e de um Plano Nacional de SAN. A PNSAN é a expressão mais prática e operacional das diretrizes emanadas pela Losan, uma vez que apresenta os procedimentos para sua gestão, mecanismos de financiamento, monitoramento e avaliação da ação do Estado. De sua parte, o PLANSAN é a peça do planejamento da ação do Estado que contém programas e ações a serem implementadas, bem como as metas quantificadas e o tempo necessário para sua realização. O Plano dialoga também com o orçamento público, pois nele está definido o quanto e como se pretende aplicar os recursos (BURITY *et al.*, 2013).

FIGURA 5 – INTEGRAÇÃO DA LOSAN, PNSAN E PLANSAN



FONTE: Leão (2013, p. 159)

A Losan, o Sisan e a PNSAN estão entrelaçadas e em busca de um único objetivo: garantir a SAN.



VETO DO GOVERNO COMPROMETE RESGATE DO CONSEA

A decisão do presidente Jair Bolsonaro em vetar inúmeros trechos do que foi aprovado no Congresso em relação à MP87 reforçou, mais uma vez, o objetivo do governo de acabar com o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Consea.

No primeiro dia de mandato, o presidente assinou medida provisória retirando a autonomia do Consea de convocar conferências, mudou sua composição e revogou a atribuição do conselho de acompanhar, articular e monitorar a Política e o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Agora, vetou item aprovado pelo Congresso que alocava o Consea no Ministério da Cidadania.

É hora de amplificar a resistência contra uma medida que significa claro retrocesso social, defende a presidente da Associação Brasileira de Nutrição, Ruth Guilherme. "A mobilização iniciada no começo deste ano levou parlamentares a refletirem sobre o risco que correm políticas públicas de segurança alimentar e nutricional e, assim, resgataram o Consea no texto da MP870 (agora lei). A luta vai continuar", disse Ruth.

De fato, a resistência de movimentos, organizações e coletivos contramedida do governo desde a posse alcançou outras instâncias. Vale ressaltar a decisão anterior do STF sobre a inconstitucionalidade do decreto que previa a extinção de praticamente todos os espaços de participação social. Além disso, os vetos do presidente podem ser derrubados, pois retornarão ao Congresso para análise.

ENTENDA DESDE O INÍCIO

No dia 1º de janeiro de 2019, o presidente Jair Bolsonaro editou a Medida Provisória nº 870 que, entre inúmeras decisões, revoga, disposições constantes na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan), aprovada pelo Congresso Nacional em 2006.

Essa revogação parcial da Losan provocou uma enorme e grave alteração no Consea, dentre outras modificações, excluindo a sua descrição como componente do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan) e, além disso, excluindo sua forma de composição de 1/3 de governo e 2/3 de sociedade civil, com presidência da sociedade civil.

Dois meses depois, a procuradora federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (MPF), Deborah Duprat, argumentou que a extinção do Consea é inconstitucional e recomendou a reabertura imediata do conselho, requisitando à Procuradoria-Geral da República o ingresso no Supremo Tribunal Federal (STF) de pedido de inconstitucionalidade dos artigos sobre o Consea na MP.

Extinguir o Consea, de acordo com a procuradora dos Direitos do Cidadão, seria o mesmo que provocar uma situação de retrocesso social, algo proibido constitucionalmente. “O princípio do não retrocesso social visa à proteção de direitos sociais concretizados por normas anteriores contramedidas regressivas legislativas e atos governamentais posteriores”, ela afirmou. Além disso, citou jurisprudência do STF que veta a subtrair direitos já adquiridos pela população brasileira.

O próprio STF, por unanimidade, decidiu que o governo federal não pode extinguir conselhos que tenham sido criados por lei, no primeiro julgamento do plenário da Corte sobre a validade de uma medida editada pelo governo. Levantamento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), divulgado em 2017, mostra que 40% dos colegiados foram criados por lei.

O Consea é um espaço institucional para o controle social e participação da sociedade na formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e nutricional, com vistas a promover a realização do Direito Humano à Alimentação Adequada.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO (ASBRAN). Veto do governo compromete resgate do Consea. Disponível em: <<https://www.asbran.org.br/noticias/veto-do-governo-compromete-resgate-do-consea>>. Acesso em 25 de abril de 2020.

RESUMO DO TÓPICO 2

Neste tópico, você aprendeu que:

- Diferentes programas e ações governamentais buscavam garantir o acesso da população aos alimentos, como a Pronan, a Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida, e Programa Fome Zero. Estes contribuíram para a formulação da Losan.
- Para que a SAN ganhasse força em forma de Lei, houve pressão internacional por meio da ONU e pressão interna por meio da Sociedade Civil.
- A II Conferência Nacional Segurança Alimentar e Nutricional (CNSAN), realizada em 2004, tinha como tema “A construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional”. Durante a Conferência foi proposto o conceito de SAN que posteriormente foi utilizado na Losan.
- O conceito de SAN adotado é “A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis” (BRASIL, 2006, s. p.).
- A Losan foi proposta e discutida na II CNSAN, e tornou-se Lei no dia 15 de outubro de 2006.
- A Losan estabelece os princípios de universalidade, equidade, autonomia, participação social e intersetorial, transparência; apresenta diretrizes; traça objetivos claros; e recomenda a elaboração de uma Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e de um Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN).
- A SAN considera que não basta o indivíduo ter acesso ao alimento, é preciso que este seja saudável. Alimentos relacionados ao desenvolvimento de doenças crônicas como o diabetes e hipertensão ferem a SAN e o DHAA.
- O Sisan foi instituído pela Losan e visa reunir todos os setores de governo, as instituições e instâncias de participação social e as políticas públicas para trabalharem em conjunto e de forma articulada para um objetivo comum: a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada.
- O Sisan é uma rede de benefícios, bens e serviços de assistência social, combate à fome, saúde, educação, reforma agrária, agricultura, pecuária, pesca e meio ambiente.

- Apesar da Losan já indicar a criação da PNSAN, ela foi decretada em 2010. A PNSAN define as bases sobre as quais ações de SAN devem ser desenvolvidas para a garantia do DHAA, sendo ainda um componente importante para o desenvolvimento do Sisan.
- Um dos maiores objetivos da PNSAN é a elaboração de PLANSAN, um documento que deve conter programas e ações a serem implementadas, bem como metas e o tempo necessário para sua realização, além dos recursos necessários e em acordo com o orçamento público.
- A Losan é a lei orgânica que disciplina a forma de organização da ação do Estado. Já a PNSAN é a expressão mais prática e operacional das diretrizes emanadas pela Losan, uma vez que apresenta os procedimentos para sua gestão, mecanismos de financiamento, monitoramento e avaliação da ação do Estado. Já o PLANSAN é a peça do planejamento da ação do Estado que contém programas e ações a serem implementadas, de acordo com o orçamento público (BURITY *et al.*, 2013).



1 O Sisan foi instituído por meio da Losan (Lei nº 11.346/2006) e por ser um sistema é agrupa diferentes órgãos e instâncias, articulando-os e coordenando-os para que se atinja o objetivo de garantir a SAN. Sobre o exposto, analise as afirmativas a seguir:

- I- A Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) e a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), integram o Sisan.
- II- Podem integrar o Sisan somente Organizações Não Governamentais (ONG) e Empresas sem fins lucrativos, sendo vetado a participação de Empresas Privadas.
- III- O Sisan é presidido por um órgão colegiado que mantém as ações centralizadas, distribuindo para cada setor envolvido um objetivo a ser atingido.

Assinale a alternativa CORRETA:

- a) () Somente a alternativa I está correta.
- b) () As afirmativas I e II estão corretas.
- c) () As afirmativas II e III estão corretas.
- d) () As afirmativas I e III estão corretas.

2 A Losan indicava a criação da PNSAN, a PNSAN, por sua vez, determinava a PLANSAN. Sobre o exposto, associe os itens, utilizando o código a seguir:

- I - Losan
- II - PNSAN
- III - PLANSAN

- () Apresenta a forma operacional, monitoramento e avaliação.
- () Determina e organiza o campo da SAN.
- () Estabelece metas, tempo e recursos financeiros.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

- a) () I – II – III.
- b) () II – I – III.
- c) () III – II – I.
- d) () II – III – I.

3 A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), instituída pelo Decreto nº 7.272, prevê a criação de um Plano de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN). Explique o que deve conter o PLANSAN.

SISTEMA AGROALIMENTAR E SUA RELAÇÃO COM A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

1 INTRODUÇÃO

Acadêmico, nos tópicos anteriores foram abordados o DHAA e a SAN, bem como os mecanismos para o seu cumprimento por meio das Políticas Públicas. Nesse tópico, vamos explorar ainda mais este assunto, relacionando-os com o sistema agroalimentar.

Para iniciar é preciso relembrar que, “a segurança alimentar de um território vai além da garantia do acesso aos alimentos, mas contempla a equidade no uso dos territórios e na definição dos modelos de produção, buscando garantir a justiça social e a promoção da saúde” (CORRÊA, 2019, p. 1071).

Além disso, a escassez de alimentos nem sempre está relacionada à falta da produção de alimentos, mas sim, da desigualdade social que impede o acesso aos alimentos, fruto de injustiças sociais e de violações ao DHAA.

E ainda, quando há o acesso ao alimento este precisa ser de qualidade e trazer benefícios, e não prejuízos à saúde. Nisso, engloba-se a produção do alimento, ou seja, do campo à mesa, considerando o uso de agrotóxicos, alimentos transgênicos, aditivos químicos, adição de sódio, açúcares e gorduras trans. Além de controle higiênico sanitário durante todo o processo como transporte, armazenamento, manuseio, temperatura, requisitos sanitários de preparação e fornecimento, tanto na produção quanto na venda de produtos alimentícios (BRASIL, 2013)

Os desafios atuais no âmbito do consumo alimentar não podem ser resolvidos apenas na determinação de recomendações alimentares e/ou nutricionais que preconizam o estímulo ao consumo de alimentos ditos “saudáveis”. A garantia de condições para que a população exerça sua autonomia decisória e possa efetivamente optar por escolhas mais adequadas em relação à alimentação implica em se fazer reformulações tanto no âmbito da produção quanto no da comercialização de alimentos, sem se esquecer de repensar os valores sociais e a própria situação estrutural/conjuntural geradora de desigualdades que afetam diretamente o consumo alimentar, dadas as escolhas por alimentos que são mais acessíveis (no que se refere ao preço pago pelo produto), mas extremamente pobre em qualidade (no que se refere aos nutrientes) (BEZERRA; ISAGUIRRE, 2014, p. 682).

Acadêmico, você percebe que o papel do nutricionista envolve muito mais que a prescrição de uma dieta? Em todas as áreas de atuação, o nutricionista sempre trabalhará com a alimentação, devendo buscar os alimentos que sejam o mais adequado para o seu paciente ou cliente, e nisto há vários fatores envolvidos, vamos aprender mais sobre isso?

2 REVOLUÇÃO VERDE

A segunda Guerra Mundial impactou todos os países em seus diversos segmentos, entre eles a economia e a agricultura. O pós-guerra é marcado pelo estímulo à produção industrial, voltada para o ganho de produtividade e para a industrialização da agricultura (BRASIL, 2013).

Com o argumento de combate à fome e da necessidade de ampliar a produção de alimentos, e assim garantir a segurança alimentar, a partir dos anos 1960 e 1970, iniciou a Revolução Verde, caracterizada pela introdução de tecnologias modernas na agricultura, implantação da agricultura baseada em monoculturas, utilização de fertilizantes químicos, melhoramento de sementes, mecanização e irrigação (BRASIL, 2013).

Associado a isso, no mesmo período, a indústria de alimentos aumentou a capacidade de disponibilizar alimentos processados, de modo a garantir conservação e acondicionamento que ampliaram significativamente o potencial de transportá-los e armazená-los (BRASIL, 2013).

No Brasil, a Revolução Verde foi institucionalizada “na década de 1960 e, com a implantação do Programa Nacional de Defensivos Agrícolas (PNDA), ganha impulso na década de 1970. O programa vinculava a utilização dessas substâncias à concessão de créditos agrícolas, sendo o Estado um dos principais incentivadores dessa prática” (LOPES; ALBUQUERQUE, 2018, p. 518).

Porém, o objetivo inicial de combate à fome não ocorreu e “assistiu-se a um ciclo que foi do aumento da produtividade às sucessivas crises de abastecimento, ocorridas em função do predomínio econômico das monoculturas, voltadas para o mercado externo” (BRASIL, 2013). Além disso, houve um aumento da concentração latifundiária, ou seja, concentração de terras para uma pessoa, aliada com a dependência de sementes para o plantio.

“No contexto brasileiro, o modelo monocultor apresenta alto ritmo de crescimento, pautado na manutenção da estrutura fundiária tradicionalmente concentrada, no emprego de pouca mão de obra, no uso intensivo de sementes transgênicas e agrotóxicos e no mercado externo” (LEÃO, 2013, p. 172). Dessa forma, o Brasil é, atualmente, um dos maiores exportadores de commodities mundiais e mantém sua economia dependente do agronegócio, o que

traz consequências devido à exploração dos recursos naturais e do trabalho, concentra terras e capitais, vulnerabiliza as populações camponesas e tradicionais pelo processo de ‘pressão’ e ‘expulsão’ de suas terras traz consequências à saúde das pessoas e à soberania alimentar dos territórios. Por outro lado, os alimentos que abastecem as populações urbanas provêm em grande parte, da produção familiar, cujo potencial de produção policultural, orgânica e agroecológica carece de políticas públicas de incentivo e subsídios (CORRÊA, 2019, p. 1071-1072).

Dessa forma é importante ressaltar que somente a produção em larga escala (ou commodity) não é capaz de suprir as demandas da sociedade por alimentos em quantidade e qualidade, pois quem abastece o mercado brasileiro é a agricultura familiar. Além disso, “Pensar na produção de alimentos que priorize os princípios da saúde – seja de quem produz, seja de quem consome – é fundamental, sobretudo ao se levar em conta a compreensão do que vem a ser DHAA” (BEZERRA; ISAGUIRRE, 2014, p. 688). O pacote tecnológico da Revolução Verde inclui o amplo uso de agrotóxicos e a produção de alimentos geneticamente modificados, assuntos abordados a seguir.



O termo *commodity* significa literalmente “mercadoria” e designa um tipo particular de produto em estado bruto ou primário de importância comercial, cujos preços são definidos em nível global por expectativas ditadas pelos mercados internacionais, pautadas na alta volatilidade devido à natureza cíclica de seu processo produtivo, passível de crises sanitárias, adversidades climáticas, instabilidade cambial, níveis de estoques, oferta e demanda. Uma commodity enquanto produto primário é utilizada na cadeia agroindustrial de alimentos processados, produção de combustíveis, roupas e outros produtos finais, retornando ao consumidor com suas características iniciais modificadas, ou seja, como um novo produto, uma mercadoria. Ainda que componha a alimentação em forma de alimento processado, o modelo de produção de commodities pode comprometer a produção e abastecimento local, reduzindo a oferta de variedades de alimentos naturais e expondo as populações e ambientes aos riscos do seu processo produtivo.

FONTE: MONTANARI CORRÊA, Marcia Leopoldina; PIGNATI; Wanderlei Antônio; PIGNATTI; Marta Gislene. Segurança alimentar, produção de alimentos e saúde: um olhar para os territórios agrícolas de Mato Grosso. Aceno – **Revista de Antropologia do Centro-Oeste**, 6 (11): 129-146, janeiro a julho de 2019

3 ALIMENTOS GENETICAMENTE MODIFICADOS E AGROTÓXICOS

O termo agrotóxico passou a ser adotado no Brasil a partir da Lei Federal nº 7.802, de 1989, regulamentada pelo Decreto nº 4.074, de 2002 que traz o seguinte conceito:

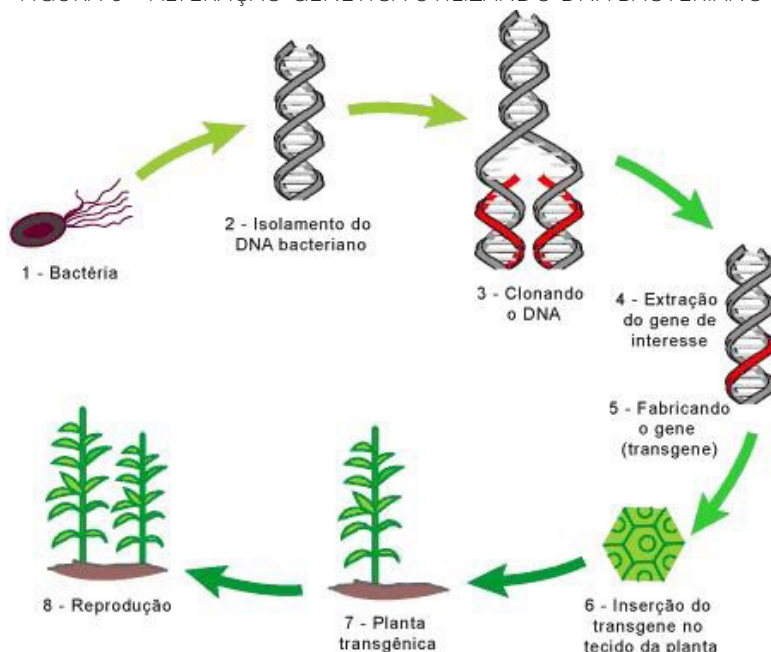
Produtos e agentes de processos físicos, químicos ou biológicos, destinados ao uso nos setores de produção, no armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na proteção de florestas, nativas ou plantadas, e de outros ecossistemas e de ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade seja alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos considerados nocivos, bem como as substâncias e produtos empregados como desfolhantes, dessecantes, estimuladores e inibidores de crescimento (BRASIL, 2002, s. p.).

Há estudos que associam a exposição aos agrotóxicos, utilizados principalmente em culturas geneticamente modificadas, com a maior incidência de doenças crônicas, como câncer, doença de Alzheimer, Parkinson, asma, bronquite, problemas neurológicos, alterações hormonais, infertilidade, desordens gastrointestinais, depressão, transtorno de déficit de atenção, hiperatividade, doença cardíaca, autismo, doença celíaca, diabetes e obesidade (CORTESE; MARTINELLI; FABRI; CAVALLI, 2017). Diante disso, entende-se que há uma violação do DHAA já que alimentação adequada é aquela que não traz riscos e nem favorece o surgimento de doenças, como é o caso do consumo de alimentos com alto teor de resíduos de agrotóxicos (BEZERRA; ISAGUIRRE, 2014).

Além dos prejuízos à saúde humana, há os prejuízos ao meio ambiente também, onde os agrotóxicos contaminam reservatórios de água, rios, recursos hídricos e bacias fluviais, podendo interferir nos organismos vivos aquáticos (LOPES; ALBUQUERQUE, 2018).

Alimentos ou Organismos Geneticamente Modificados (OGM), também chamados de transgênicos, são conceituados como um organismo que recebeu um gene de outro organismo doador, alterando o seu DNA/RNA, permitindo atribuir uma nova característica ou alterar uma já existente. Na natureza, estas alterações ou mutações também ocorrem, porém de forma natural (observe a figura a seguir). O objetivo da transgenia envolve a melhoria da produtividade, resistência a pragas, a doenças e a condições ambientais adversas, podendo ainda melhorar a qualidade nutricional (CORREIA, 2019).

FIGURA 6 – ALTERAÇÃO GENÉTICA UTILIZANDO DNA BACTERIANO



FONTE: <<https://cutt.ly/LgIDSBj>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

A preocupação quanto à produção de alimentos transgênicos é pautada em duas questões centrais:

Não foram realizados estudos que indiquem quais são os impactos ambientais causados pelo uso dos transgênicos. Existem possibilidades de contaminação de culturas não transgênicas, perda da biodiversidade, surgimento de ervas daninhas resistentes a herbicidas e aumento do uso do solo;

Não existem estudos ou pesquisas de médio e longo prazos que garantam que os alimentos transgênicos são inofensivos à saúde e vida humana. Não se sabe ainda que efeitos, doenças ou danos à saúde a ingestão de alimentos geneticamente modificados pode causar a médio e longo prazos, ou seja, a liberação de produtos transgênicos, sem a realização de estudos prévios de impacto ambiental e dos riscos à saúde e à Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira, fere o princípio da precaução (BURITY *et al.*, 2013, p. 20).



A dica é para o documentário O mundo segundo a Monsanto, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=J22coHHotpw>.

O documentário de Marie-Monique mostra como a Monsanto, multinacional que produz alimentos, agrotóxicos e insumos agrícolas, escondeu informações e manipulou resultados para fazer com que alimentos transgênicos fossem comercializados sem que houvesse uma pesquisa sobre os efeitos desses na vida das pessoas. O documentário mostra indivíduos afetados por estes alimentos e, principalmente, por produtos químicos adicionados a eles.

No Brasil, os OGM são regulamentados pela Lei de Biossegurança nº 11.105 (BRASIL, 2005), que regulamenta a plantação, a comercialização e o consumo dos alimentos GM, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam OGM e seus derivados e redefine a estrutura de competências administrativas. Para isso, foi criado o Conselho Nacional de Biossegurança e reestruturada a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio) (BRASIL, 2005).

A análise de segurança do OGM é realizada pela CNTBio, seguindo padrões internacionais para garantir um nível adequado de proteção no campo de transporte, manipulação e utilização de OGM. Os diversos setores envolvidos recomendam que os governos procedam com cautela, uma vez que as informações sobre seus riscos não são conclusivas (BRASIL, 2005).

Dessa forma, entende-se que deveria haver maiores informações e divulgação de estudos para a população, esclarecendo a temática dos GM. No entanto,

diariamente consumimos uma grande variedade de produtos que podem conter componentes GM e a maioria da população não possui essa informação. Além dos alimentos que compõem as preparações, ingredientes de adição, como molhos e temperos industrializados também podem conter ingredientes GM. Nesse sentido, destacam-se as dificuldades para a identificação da presença desses ingredientes nos alimentos industrializados pela população, tanto pela grande quantidade de produtos contendo esses ingredientes, quanto pela pouca informação disponibilizada à população e por possíveis lacunas existentes na legislação brasileira de rotulagem de alimentos GM (CORTESE; MARTINELLI; FABRI; CAVALLI, 2017, p. 74).

FIGURA 7 – CHARGE SOBRE A REGULAMENTAÇÃO DA ROTULAGEM DE ALIMENTOS TRANSGÊNICOS



FONTE: <<https://jornalggn.com.br/congresso/armandinho-e-os-transgenicos/>>. Acesso em: 10 ago. 2020.



Rotulagem de alimentos geneticamente modificados no Brasil

A informação clara e adequada sobre diferentes produtos e serviços é um direito básico, conforme o CDC (BRASIL, 1990). De acordo com a Lei de Biossegurança e com o Decreto nº 4.680 de 2003, da Presidência da República, os alimentos e ingredientes destinados ao consumo humano ou animal que contenham ou sejam produzidos a partir de OGM ou derivados deverão conter essas informações em seus rótulos, quando o produto contiver mais de 1% de OGM (Brasil 2003, 2005). Complementar a este decreto existe a Portaria nº 2.658/2003 do Ministério da Justiça, que define o símbolo (um triângulo amarelo com um “T” de cor preta no centro) que deve constar em qualquer alimento que contenha mais de 1% de ingrediente GM (Ministério da Justiça, 2003). No entanto, o consumidor somente poderá ter a informação quando o alimento contiver mais de 1% de OGM. Aqueles produtos que apresentarem menos de 1% ficam isentos da obrigatoriedade da rotulagem, o que não significa que sejam, de fato, livres de OGM. Diante desse fato, o atual sistema de rotulagem de alimentos GM brasileiro não garante que os produtos que não declaram a presença de OGM sejam totalmente livres destes. Por esse motivo, recomenda-se estar atento à lista de ingredientes dos produtos e sempre que possível escolher alimentos de origem conhecida, de produção orgânica e de base agroecológica, produzidos por produtores locais, com métodos artesanais, coloniais ou tradicionais.

CORTESE, Rayza dal Molin; MARTINELLI, Suellen Secchi; FABRI, Rafaela Karen; CAVALLI, Suzi Barletto. Alimentação na atualidade: reflexões sobre o consumo de alimentos geneticamente modificados. Agroecologia, on-line, v. 12, n. 2, p. 75-76, 2017.

Acadêmico, você concorda que temos o direito de saber se o alimento é ou não transgênico, independente da porcentagem? Se sim, acesse o site do IDEC e apoie a Campanha para regulação da rotulagem de transgênicos: <https://idec.org.br/campanha/fim-da-rotulagem-dos-alimentos-transgenicos-diga-no>.

Quanto aos agrotóxicos, desde a década de 1970, há legislações que regulamentam o registro, a produção, o uso e o comércio dessas substâncias em seu território. Todavia, há grande pressão de grandes latifundiários, além da bancada Ruralista no Governo, para a frouxidão da legislação, bem como a liberação de produtos proibidos em diversas regiões do planeta. Além disso, o sistema de fiscalização e as medidas adotadas para que tais legislações sejam cumpridas são frágeis (LOPES; ALBUQUERQUE, 2018).

Uma medida de controle para uso dos agrotóxicos é o Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA), criado em 2001 com o objetivo de avaliar, continuamente, os níveis de resíduos de agrotóxicos nos alimentos de origem vegetal que chegam à mesa do consumidor. O programa é uma ação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, coordenado pela Anvisa em conjunto com órgãos estaduais e municipais de vigilância sanitária e laboratórios estaduais de saúde pública (ANVISA, 2020).



Os relatórios que apresentam os resultados do PARA são um dos principais indicadores da qualidade dos alimentos adquiridos no mercado varejista e consumidos pela população. Os relatórios estão disponíveis em: <http://portal.anvisa.gov.br/programa-de-analise-de-registro-de-agrotoxicos-para>.

A Anvisa recomenda a aquisição de alimentos orgânicos ou provenientes de sistemas agroecológicos e a aquisição de alimentos da época (safra), que costumam receber, em média, carga menor de agrotóxicos. A Anvisa ainda explica que

os agrotóxicos podem ser classificados em dois grandes modos de ação: sistêmico e de contato. Os agrotóxicos sistêmicos atuam no interior das folhas e polpas, penetrando nelas. Já os de contato agem, principalmente, nas partes externas do vegetal, embora uma quantidade possa ser absorvida pelas partes internas. Assim sendo, os procedimentos de lavagem dos alimentos em água corrente e a retirada de cascas e folhas externas contribuem para redução dos resíduos de agrotóxicos presentes no exterior, porém, são incapazes de eliminar aqueles contidos no interior do alimento (ANVISA, 2020, s. p.).



No Brasil, existe uma rede de feiras orgânicas espalhadas por todo o país e, a cada dia, mais e mais pessoas têm adotado uma alimentação mais saudável com uma nutrição mais adequada, por meio do consumo de produtos orgânicos que valorizam não somente a saúde das famílias, mas também o meio ambiente e o comércio justo. Nesse sentido, a sugestão é que se procure uma feira próxima e que se iniciem, agora mesmo, mudanças em favor de uma vida mais saudável. Para maiores informações, pode-se consultar o endereço eletrônico: www.feirasorganicas.org.br.

Destaca-se que o Brasil é um importante produtor agrícola para o mercado mundial e isto faz com que o país ocupe

o segundo lugar em extensão de plantio de cultivares GM no mundo, liderando o cultivo na América do Sul, com um total de 49,1 milhões de hectares de soja, milho e algodão GM, ocupando aproximadamente 70% da área cultivável brasileira [...] Cabe destacar que todos os OGM liberados no país foram desenvolvidos com exclusiva finalidade agronômica, para se tornarem tolerantes a herbicidas e/ou resistente a insetos (CTNBio 2017), sem nenhuma declaração positiva para aspectos nutricionais (CORTESE; MARTINELLI; FABRI; CAVALLI, 2017, p. 74).

Já em 2006, contava com 5,17 milhões de empresas agropecuárias. Na última década, o Brasil expandiu em 190% o mercado de agrotóxicos, o que colocou o País em primeiro lugar no ranking mundial de consumo desde 2008. Dez empresas controlam mais de 70% desse mercado no País. Somente na safra de 2010 e 2011, foram consumidas 936 mil toneladas de agrotóxicos (LOPES; ALBUQUERQUE, 2018, p. 519).

Os dois fatos apresentados possuem estreita ligação, visto que cada semente transgênica necessita de determinados insumos agrícolas, entre eles agrotóxico, para se desenvolver. Ainda há a monopolização das sementes transgênicas, ou seja, poucas empresas multinacionais detêm essas sementes, fazendo com que o produtor fique cada vez mais dependente delas e colocando em risco a soberania alimentar.

Dessa forma, a produção de monocultivos, para além de seu impacto decorrente da imposição aos agrotóxicos e aos transgênicos, também pode comprometer o acesso à alimentação adequada por restringir a diversidade de alimentos disponíveis, produzidos localmente (CORRÊA, 2019). Ou seja, impactando na soberania alimentar.

4 SOBERANIA ALIMENTAR

O conceito de soberania alimentar surgiu na década de 1990, como resposta dos movimentos sociais camponeses vinculados à Via Campesina, às políticas agrícolas neoliberais impostas pela Organização Mundial de Comércio e o Banco Mundial, aos governos do mundo inteiro. A Via Campesina é uma articulação internacional de organizações camponesas de quatro continentes (Ásia, América, África e Europa) que se posicionavam, e continuam se posicionando, contra as políticas agrícolas neoliberais (BRASIL, 2010; BURITY *et al.*, 2013).

Para esses movimentos sociais, o conceito de Segurança Alimentar utilizado pela FAO e as políticas propostas visam garantir o alimento, não considerando onde e como são produzidos. Isto, para esses movimentos sociais, favorece o agronegócio enquanto inviabiliza a agricultura familiar e camponesa (BRASIL, 2010; BURITY *et al.*, 2013).

“Os movimentos sociais defendem que essas políticas aumentam a concentração de renda e de terra, dificultam a reforma agrária e o acesso a serviços públicos essenciais, como, por exemplo, saneamento básico. Por isso mesmo não garantem direitos e são uma ameaça à dignidade humana” (BURITY *et al.*, 2013, p. 62).

Para enfrentar a proposta de desenvolvimento neoliberal a Via Campesina propôs o conceito de Soberania Alimentar, sendo

o direito dos povos de definir suas próprias política e estratégias sustentáveis de produção, distribuição e consumo de alimentos que garantam o direito à alimentação para toda a população com base na pequena e média produção, respeitando suas próprias culturas e a diversidade de modos camponeses, pesqueiros e indígenas de produção agropecuária, de comercialização e de gestão dos espaços

rurais, nos quais a mulher desempenha um papel fundamental. A soberania alimentar favorece a soberania econômica, política e cultural dos povos. Defender a soberania alimentar é reconhecer uma agricultura com camponeses, indígenas e comunidades pesqueiras, vinculadas ao território; prioritariamente orientada a satisfação das necessidades dos mercados locais e nacionais (BURITY *et al.*, 2013, p. 17).

Diante disso, em 2007, o conceito proposto pela Via Campesina foi reafirmado no Fórum Mundial de Soberania Alimentar:

A soberania alimentar é o direito dos povos de decidir seu próprio sistema alimentar e produtivo, pautado em alimentos saudáveis e culturalmente adequados, produzidos de forma sustentável e ecológica, o que coloca aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências dos mercados e das empresas, além de defender os interesses e incluir as futuras gerações (FÓRUM MUNDIAL PELA SOBERANIA ALIMENTAR, 2007 *apud* LEÃO, 2013, p.18).



Assista ao vídeo *Você sabe o que é soberania alimentar?*, produzido pelo Movimento Sem Terra, para melhor compreensão do conceito: <https://www.youtube.com/watch?v=tz7L8QFyhbU>.

Assim, a Soberania Alimentar é o direito de cada nação em definir políticas que garantam a SAN de seus povos, incluindo aí o direito à preservação de práticas alimentares e de produção tradicionais de cada cultura, conservando e resgatando a biodiversidade, e o direito de produzir, transformar, consumir, importar e exportar alimentos sem reproduzir modelos que gerem injustiça social (BRASIL, 2010; LEÃO, 2013). Esse princípio relaciona-se com o direito de todos de participar das decisões políticas de seu país, cujos governantes devem agir de forma livre e soberana e de acordo com os direitos fundamentais de seus habitantes (BRASIL, 2010).

Além disso, há o reconhecimento que tal processo deve ocorrer em bases sustentáveis, do ponto de vista ambiental, econômico e social. Ou seja, considerar as condições de vida e de trabalho dos agricultores familiares e camponeses, pois reflete na produção de alimentos de qualidade, seguros, diversos e adequados à cultura local (BRASIL, 2010c). Entende-se que “a produção e o consumo de alimentos com base na sustentabilidade estimulam relações sociais de respeito, solidariedade e responsabilidade para com a saúde, cuja concepção deve extrapolar a relação homem-natureza” (BEZERRA; ISAGUIRRE, 2014, p. 690).

A produção de alimentos acontece em dois modelos, sendo estes com concepções distintas de ocupação do espaço agrário, de organização social e de relação com a natureza.

1. Modelo agroexportador: propriedades monocultoras, produção em larga escala, poupa mão de obra e usa intensamente mecanização, irrigação e insumos industriais como agrotóxicos, sementes transgênicas e rações; produz de acordo com as necessidades dos mercados internacionais, que nem sempre condizem com as necessidades de alimentos para consumo da população. Ou seja, se em determinado momento as “mercadorias” mais lucrativas são a soja e a cana-de-açúcar, estes serão os cultivos prioritários, ainda que não sejam a base da alimentação local. Produzir alimentos para o mercado interno não é prioridade neste modelo (BURITY *et al.*, 2013).
2. Modelo de agricultura familiar: baseada em pequenas propriedades com produção diversificada e sustentável, sem insumos químicos, pautada nos saberes e métodos tradicionais de manejo e gestão ambientais acumulados ao longo de muitas gerações. Propõe a produção de alimentos seguros, saudáveis e culturalmente adequados como forma de cultivar a diversidade ambiental e cultural e de reafirmar os laços entre o ser humano e a natureza. A produção agrícola é voltada prioritariamente para o mercado interno (BURITY *et al.*, 2013).



As mulheres contribuem significativamente para a Soberania Alimentar. Para saber mais, consulte o livro *Mulheres e soberania alimentar: sementes de mundos possíveis*, publicado pelo Instituto de Políticas Alternativas para o Cone Sul (PACS) em 2019. Disponível em: https://rosalux.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Mulheres_e_SoberaniaAlimentar.pdf.

O modelo agroexportador utiliza intensivamente agrotóxicos e depende de adubos químicos, onde prevalece o interesse em obter a máxima produção sem preocupação com o ambiente. Já no modelo de agricultura familiar e agricultura familiar orgânica, há interação do agricultor com o meio ambiente, gerando melhoria da qualidade de vida das famílias. Estudos sugerem que a agricultura familiar e orgânica tem potencial de garantir o futuro da produção sustentável de alimentos, podendo ainda “recuperar solos e água, promovendo maior retenção de nutrientes nos alimentos e produtividade equivalente e maior que os sistemas convencionais de produção” (CORRÊA, 2019, p. 1081).

A promoção da soberania alimentar requer a garantia do acesso à terra e às condições necessárias ao fortalecimento da agricultura familiar e dos mercados locais. O fomento à agricultura familiar garante a diminuição da pobreza e da desigualdade no meio rural, uma maior diversificação na produção de alimentos, o fortalecimento do abastecimento alimentar em localidades distantes e a consequente dinamização das economias locais (CORRÊA, 2019). “A falta de soberania alimentar causa efeitos negativos para além do meio rural. Também nas cidades, a massificação dos hábitos alimentares vem afastando, cada vez mais, as populações de sua cultura alimentar, o que acarreta sérias alterações na identidade e diversidade culturais, bem como diversos danos à saúde” (BURITY *et al.*, 2013, p. 21).



O Programa de Geração de Emprego e Renda (Proger) e o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf) são destinados ao custeio e ao investimento, no segmento agropecuário, inclusive a atividade pesqueira, fornecendo apoio financeiro aos produtores rurais de pequeno porte, com a finalidade de fixar o homem no campo, por meio da manutenção e da geração de novos postos de trabalho. Outro importante estímulo tem sido o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), que garante a compra de alimentos do agricultor familiar. Há ainda a Lei da Merenda Escolar (Lei nº 11.947/2009) que garante a compra mínima de 30% da merenda municipal da agricultura familiar (BRASIL, 2013).

Nos últimos anos o consumo de alimentos ultraprocessados cresceu e, com isso, diminuiu o consumo de alimentos in natura, condição essa que fomenta ainda mais a industrialização e a monocultura, pois grande parte dos alimentos ultraprocessados tem como base os mesmos ingredientes e estes não refletem o hábito alimentar tradicional dos brasileiros (BURITY *et al.*, 2013).

A Soberania Alimentar, o DHAA e SAN, ganharam força em 2012 com a instituição da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica que tem como objetivo de “integrar, articular e adequar políticas, programas e ações indutoras da transição agroecológica e da produção orgânica e de base agroecológica, contribuindo para o desenvolvimento sustentável e a qualidade de vida da população, por meio do uso sustentável dos recursos naturais e da oferta e consumo de alimentos saudáveis” (BRASIL, 2012, s. p.).

5 O NUTRICIONISTA, PROGRAMAS DE ACESSO À ALIMENTAÇÃO E EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A PNSAN prevê diferentes mecanismos para a garantia da SAN, englobando os circuitos curtos de produção, abastecimento e consumo de alimentos, dentre os quais estão incluídos o fortalecimento da agricultura familiar, os programas de compras institucionais de alimentos, como o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e a compra de alimentos da agricultura familiar no PNAE, e os equipamentos públicos que oferecem refeições saudáveis a preços acessíveis, à população de baixa renda, além do PBF que visa a transferência de renda (BURITY *et al.*, 2013).

O PAA foi instituído pelo Art. 19 da Lei nº 10.696, de 2 de julho de 2003, no âmbito do Programa Fome Zero e atualmente é regulamentado pelo Decreto nº 7.775, de 4 de julho de 2012, integrando ainda o Sisan.

O PAA possui duas finalidades básicas: promover o acesso à alimentação e incentivar a agricultura familiar. Para isso, é realizada a compra de alimentos produzidos pela agricultura familiar, com dispensa de licitação, sendo destinado às pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional e aos equipamentos públicos de alimentação e nutrição. Dessa forma, beneficia o fornecedor, sendo estes os agricultores familiares, assim como o próprio consumidor. O programa é desenvolvido em cinco modalidades diferentes: Doação Simultânea, Compra Direta, Formação de Estoques, PAA Leite e Compra Institucional (BRASIL, 2012).

Com relação ao PNAE, o qual é gerenciado por nutricionistas, é um instrumento de promoção da alimentação saudável, trazendo SAN aos estudantes brasileiros e também aos agricultores familiares, visto que no mínimo 30% do orçamento gasto com a alimentação escolar deve ser referente à aquisição de produtos oriundos da agricultura familiar, preferencialmente, da produção orgânica e/ou agroecológica (BRASIL, 2009).

Conforme abordado na Unidade 1, o Programa Fome Zero envolveu diferentes políticas e ações tanto da sociedade civil quanto governamentais. Para assegurar a execução do programa e atingir seu objetivo foram implantados políticas e programas de SAN. Nesse contexto, uma das estratégias foi a implantação de uma rede de equipamentos de segurança alimentar e nutricional (REDESAN). Assim, surgiram os programas Restaurante Popular (RP), Cozinha Comunitária e Banco de Alimentos (BRASIL, 2009; MDS, 2010).

Os RP são equipamentos públicos de alimentação e nutrição de médio e grande porte com capacidade de produção de, no mínimo, mil refeições diárias. As refeições oferecidas pelos RP são preparadas e comercializadas refeições saudáveis, respeitando as características culturais da sua região e promovendo a alimentação saudável. As refeições são comercializadas a preço acessível. (BRASIL, 2009; MDS, 2010).

Os RP são instalados em centros urbanos com mais de 100 mil habitantes, para que alcance preferencialmente a população em situação de vulnerabilidade social e insegurança alimentar, as unidades são estrategicamente localizadas em áreas de grande fluxo de pessoas, especialmente em grandes centros urbanos ou próximas a terminais de transporte coletivo, redes de saúde e redes de proteção social. O RP é gerenciado pelo governo municipal ou estadual e pode haver parcerias com organizações comunitárias e entidades sociais ligadas a programas de geração de trabalho e renda. Os RP fazem parte da estrutura operacional do (Sisan) e atua de forma integrada aos bancos de alimentos, e ao Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), bem como desenvolvendo ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) (BRASIL, 2009; MDS, 2010).

As cozinhas comunitárias, por sua vez, são equipamentos públicos de alimentação e nutrição de pequeno porte. Nelas são produzidas no mínimo, cem refeições diárias, destinadas ao preparo, à comercialização acessível ou à doação de refeições saudáveis em áreas de vulnerabilidade social. Além disso, a diferença da cozinha comunitária para um RP se dá pela diferença do local onde são instalados, sendo em regiões dos municípios com populações marginais e com quadro de indicadores sociais situado nos patamares mais baixos (BRASIL, 2009; MDS, 2010).

Para contribuir com os RP e com as cozinhas comunitárias, bem como combater o desperdício de alimentos, foram criados os bancos de alimentos. Ligado ao Sisan, os bancos de alimentos atuam como centros de distribuição dos produtos adquiridos pelo PAA ou provenientes de doações de mercados, feiras, indústrias, varejões, entre outros integrantes da cadeia de comercialização, armazenagem e processamento de alimentos. Os produtos recebidos são selecionados, eventualmente processados, separados em porções e embalados. Em seguida, são distribuídos gratuitamente a entidades socioassistenciais do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que oferecem alimentação a pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional, como creches, albergues e asilos. Os bancos de alimentos são instalados em cidades com pelo menos 100 mil habitantes e são gerenciados, após a sua implantação, pelos governos municipais e estaduais, assim como os RP podem firmar parcerias com organizações comunitárias e entidades sociais ligadas a programas de geração de trabalho e renda (BRASIL, 2009; MDS, 2010).

LEITURA COMPLEMENTAR**SISTEMAS ALIMENTARES, SOBERANIA ALIMENTAR E A VIDA DAS MULHERES**

É possível também compreender os alimentos e a alimentação em sua dimensão política e econômica. No Brasil, foi também pelos tabuleiros de tantas baianas que o povo preto conseguiu libertação. Desde então, falar de comida já era falar de política. Sob esse aspecto, destacamos a importância de compreender a agricultura e a alimentação como processos relacionados às dinâmicas de desenvolvimento do capitalismo como modelo hegemônico e dominante nas sociedades contemporâneas.

Neste nosso Brasil de origem escravocrata, colonial, patriarcal e de grandes diferenças regionais, a fome e as diferentes formas de aprovisionamento de alimentos marcam a história. Na obra *Geografia da fome*, de Josué de Castro (2005), a fome ganha marcadamente status de problema estrutural, social e político, muito mais do que um problema contingencial. Hoje, em um mundo onde a fome afeta mais de oitocentos milhões de pessoas segundo dados da ONU, infelizmente é comum pensarmos sobre comida e alimentos a partir da escassez. Surpreende, inclusive, como, mesmo sendo a fome um problema da agenda internacional há pelo menos cerca de setenta anos, ainda haja tantas pessoas nesta condição.

Para complexificar esse cenário, há os alarmantes e crescentes índices de sobrepeso e obesidade, muitas vezes também combinados com o quadro de subnutrição – problema que vem aumentando de forma expressiva tanto no Brasil como em outros países. Para o caso brasileiro, a fome, embora parecesse se tornar um problema do passado, tem retornado nos últimos anos de forma significativa, enquanto o excesso de peso acomete um em cada dois adultos e uma em cada três crianças brasileiras. Afinal, as supostas promessas contidas no modelo agrário e agrícola de concentração de terras para produção em larga escala sob bases altamente tecnificadas e concentradas em alguns grãos básicos não foram alcançadas.

Por que a fome permanece, mesmo havendo por diversas vezes recordes de safra pelo mundo afora? Em maio de 2018, o Brasil foi tomado por uma crise de abastecimento em meio a um contexto de instabilidade econômica e política. Motivados pela alta no valor do óleo diesel, milhares de caminhoneiros interromperam seus serviços e realizaram protestos em rodovias nacionais. Na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, a segunda maior do Brasil, registraram-se bens alimentícios como batata, laranja e limão dentre os que faltaram para a população. A escassez, por sua vez, levou à alta dos preços, deixando em evidência a fragilidade da conexão entre produção e consumo, especialmente nas grandes regiões metropolitanas do país, que apresentam os maiores índices populacionais. O episódio despertou a ampla massa da população para uma

indagação extremamente necessária: de onde vem e como é produzido o alimento que cada um e uma de nós consome? Afinal, como os alimentos são produzidos, processados, distribuídos, adquiridos, preparados e, por fim, consumidos? Que caminhos seus diversos componentes percorreram até chegar ao consumo? Que atores e processos estão envolvidos nessa equação produção, comercialização e consumo? Que relações de poder estão envolvidas nisso tudo?

Denominamos esse “isso tudo” de sistema, ou melhor, sistemas alimentares. Analisar “isso tudo” de uma forma integrada tem potencialidades, mas também desafios. A potencialidade é assumir que esses processos estão interligados, são fluxos que possuem uma relação de interdependência: o que comemos depende de uma diversidade de fatores que não se limitam a nosso ato de escolha individual enquanto consumidores. O fator preço, a disponibilidade do produto para ser comprado, a dimensão do desejo – o que estamos com vontade de comer – e o tempo que temos tanto para comer como para preparar o alimento são alguns dos muitos aspectos. Ao mesmo tempo, o que e como se produz também envolve outra diversidade de elementos: você já parou para pensar qual o valor de um pé de alface ao sair da porta de um sítio? Ou mesmo como e do que é feito aquele biscoito amanteigado que se compra com uma única moeda de um real? E se eu te disser que no Brasil, a cada ano, desde há muito tempo, diminuem as lavouras de arroz e feijão enquanto crescem as de soja e milho?

A ideia de sistema – ou melhor, sistemas alimentares – nos ajuda a responder essas perguntas, pois abarca todos os elementos (ambientais, sociais, institucionais, de infraestrutura, etc.) e atividades que se relacionam com a produção, o processamento, a distribuição, o preparo e o consumo de alimentos, bem como seus resultados socioeconômicos e ambientais. Os sistemas alimentares possuem relação direta com as escolhas e práticas alimentares das pessoas. Por isso, precisamos falar dos atuais sistemas alimentares, lutando para que se tornem mais saudáveis e sustentáveis, já que temos diversos diagnósticos críticos acerca da alimentação da população mundial e dados relevantes que mostram o quanto o sistema dominante é um dos fatores que mais contribui para a insustentabilidade do planeta.

Não adianta pensar o consumo se não compreendermos a produção. Tampouco adianta pensar a produção do alimento sem levar em consideração todo o processo produtivo dos componentes necessários para a realização da produção desse alimento. Em meio a tantos fluxos interdependentes, uma coisa sabemos: são diversos os produtos que podem ser encontrados em prateleiras de distintos supermercados, ainda que esses supermercados estejam a quilômetros e quilômetros de distância um do outro. No geral, esses produtos têm como base as matérias-primas produzidas em larga escala de maneira insustentável, tanto do ponto de vista social como ambiental, e têm contribuído para uma dieta rica em energia, mas pobre em nutrientes. Você já parou para se perguntar o porquê disso?

As grandes corporações do sistema agroalimentar

Na atualidade, é muito difícil pensar sobre alimentos e alimentação sem considerar o papel relevante que ocupam as grandes corporações nas diversas etapas do sistema alimentar. Atualmente um reduzido número de corporações controla etapas fundamentais das cadeias agroalimentares, fazendo com que a alimentação seja o vetor que possibilita que grandes fortunas se avolumem. De maneira geral, a forma corporação ganhou destaque em diversas etapas desse sistema agroalimentar, em especial a partir dos anos 1970. Não à toa, é esta a década que aparece em inúmeras literaturas e abordagens teóricas no campo da política e da economia como um marco de transição na economia e na política mundiais no sentido de uma economia neoliberal.

Os alimentos, a indústria da alimentação e as práticas alimentares e culinárias são tema de um número considerável de trabalhos literários, jornalísticos e documentais. Alguns dos títulos mais conhecidos são o livro e documentário “O mundo segundo a Monsanto”, o documentário “Walmart: o alto preço do baixo custo”, que apresenta graves denúncias trabalhistas e ambientais da maior rede varejista dos Estados Unidos, e a série “Rotten”, que fala de bastidores da indústria da alimentação. Na famosa plataforma Netflix, há pelo menos dez documentários relacionados a esse campo. Muitas dessas obras jogam luz à dimensão política dos alimentos, no sentido de enfatizar interesses, ideias, disputas, conflitos e tensões entre atores, mostrando haver uma apropriação política dos alimentos. Marion Nestle, por exemplo, é uma importante autora que tem se dedicado a estudar e denunciar as práticas de *lobby* de empresas da alimentação no sentido de construir aportes legais em benefícios próprio e de determinadas *commodities* agrícolas. Isso que acaba por impactar escolhas e práticas alimentares das populações. Todos esses trabalhos têm em comum enfatizar como esse modelo cada vez mais concentrador beneficia essas grandes corporações e limita nossas escolhas e práticas alimentares.

Consideramos que, a depender das suas características predominantes, os sistemas alimentares podem promover ou não situações de justiça socioambiental. Os sistemas dominantes infelizmente não são saudáveis para a vida humana, tampouco sustentáveis. No recente trabalho “O atlas do agronegócio” (Santos; Glass, 2018), elaborado pelas fundações Heinrich Böll e Rosa Luxemburgo, são apresentados dados sobre essas corporações que controlam o que comemos. Elas atuam tanto no mercado financeiro, de investimentos e de tecnologia de informação, quanto no de sementes, maquinário, terra, fertilizantes e agrotóxicos. Algumas das principais fusões mais recentes foram da Bayer com a Monsanto e da Dow com a Dupont – empresas que atuam sobretudo no ramo dos agrotóxicos e sementes –, da Heinz com a Kraft e da AB InBev com a SABMiller – empresas do ramo de alimentos e bebidas.

No Brasil, a classificação dos alimentos a partir do seu grau de processamento é um marco para pensar a comida e os atores por trás de cada embalagem, enfatizando o papel e peso das corporações nas dietas contemporâneas. Trata-se de formas de produzir marcadas pela concentração

fundiária, pelo uso intensivo de mecanização – e, consequentemente, energias não renováveis –, de água e insumos químicos – como fertilizantes e agrotóxicos –, bem como de sementes tecnificadas e transgênicas. Ao final dessa equação, temos grandes redes de distribuição – que também se espalham pelo mundo todo – com forte poder de negociação de preços. Em meio a esse sistema homogeneizado – no qual, quanto mais fusões, maior o poder econômico e político das empresas –, resistem sistemas alimentares baseados na agricultura familiar e camponesa, de bases tradicionais, cujo potencial de manejo ecológico dos bens naturais é muito maior do que os monocultivos das culturas básicas, que outros trabalhos aqui abordarão, mas aos quais também dedicamos as seguintes reflexões.

Como construir e fortalecer sistemas alimentares ambientalmente e socialmente sustentáveis?

Nunca antes na história a produção e a comercialização de alimentos estiveram tão concentradas sob o controle de tão poucas e gigantescas empresas, na sua maioria internacionais. Negociam aqui e retornam com os lucros para seus países de origem enquanto nos distanciam das culturas alimentares locais, numa verdadeira lógica colonizadora do comer. Nunca antes na história a cultura alimentar dos povos esteve tão padronizada e baseada em tão poucos tipos de alimentos. Em meio a tantas monoculturas – no campo, na mente e no prato –, falar de soberania alimentar se tornou uma tarefa urgente. Mas, afinal, o que entendemos por soberania alimentar?

A soberania alimentar é um conceito construído desde a luta popular e dos movimentos sociais como contraponto a uma visão neoliberal da vida e da produção e consumo de alimentos. Ela significa solidariedade, não competição. Significa também garantir que sejam produzidos os alimentos necessários para a sobrevivência da população de cada local, bem como garantir os recursos e as condições técnicas necessárias para alcançar a condição de produzir todos os alimentos básicos de que um povo necessita em seu próprio território.

O conceito de soberania alimentar se refere ao direito e à autonomia dos povos e nações de defender sua cultura alimentar e decidir sobre as formas de produção, distribuição e consumo de alimentos. Significa também o respeito às culturas e à diversidade dos modos de vida e produção dos povos indígenas, quilombolas e demais povos e comunidades tradicionais. A ideia de soberania alimentar também foi defendida na III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em 2007, como a realização de um direito humano básico, com a garantia do acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo de vida e as necessidades alimentares especiais, considerando e adaptando, quando necessário, o referencial tradicional local. Deve atender aos princípios da variedade, qualidade, equilíbrio, moderação e prazer (sabor), às dimensões de gênero, raça e etnia e a formas de produção ambientalmente sustentáveis, livres de contaminantes físicos, químicos e biológicos e de organismos geneticamente modificados.

E qual é a diferença entre segurança e soberania alimentar? É importante fazer essa distinção. A ideia de segurança alimentar surge nos anos 1950 e era usada explicitamente nas políticas públicas com ênfase na produção de alimentos, sem considerar questões que para nós importam demais, como a cultura alimentar dos povos, a origem e a qualidade dos produtos. Durante muitos anos, sob essa bandeira, os EUA desenvolveram política ditas de ajuda internacional que, no final das contas, reforçaram desigualdades de poder entre os Estados e contribuíram demais para mudanças nos hábitos alimentares. O tanto de farinhas e açúcares que comemos hoje tem muito a ver com essa história! Mas é sempre importante dizer que, para o caso brasileiro, houve uma apropriação/construção social da ideia de segurança. E essa noção foi amplamente mobilizadora de todo o processo de luta e organização contra a fome nos anos 1990, que nos faz hoje desembocar da ideia de soberania. Nossa legislação em defesa da SAN, aprovada em 2006, a define como a ampliação da produção da agricultura tradicional e familiar; a conservação da biodiversidade e a utilização sustentável dos recursos; a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, incluindo grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social; o estímulo a práticas alimentares e estilos de vida saudáveis que respeitem a diversidade étnica e racial e cultural da população; e a implementação de políticas públicas e estratégias sustentáveis e participativas de produção, comercialização e consumo de alimentos, respeitando-se as múltiplas características culturais do país. Ela se encontra, porém, em risco de mudança pelo governo atual.

A soberania alimentar é uma bandeira política que tem como traço fundamental a indissociabilidade de diversos elementos. Não existe soberania alimentar sem: reforma agrária, direitos territoriais e de gestão dos bens da natureza, direito aos territórios tradicionais pesqueiros, garantia do acesso à terra e aos demais meios de produção; acesso à água limpa e livre de contaminações e em quantidade suficiente para o consumo humano e para a produção de alimentos; adoção de um modelo sustentável, solidário e justo de produção e consumo de alimentos de base agroecológica; acesso de todas e todos a uma alimentação adequada e saudável livre de contaminações biológicas, químicas e genéticas, como microrganismos, agrotóxicos e transgênicos; fortalecimento da agricultura familiar e de mercados locais, garantindo o abastecimento de alimentos também por meio de compras públicas; acesso aos serviços de saúde e nutrição; políticas de geração de emprego e renda; adoção de políticas de comércio internacional que não submetam a soberania alimentar aos interesses econômicos do livre comércio; ações voltadas para o empoderamento e autonomia econômica das mulheres, uma vez que é sobre elas que recaem as responsabilidades pela busca e o preparo dos alimentos, procura e transporte de água em locais de escassez, e é sobre elas que a insegurança alimentar e nutricional se manifesta com maior frequência.

E o que isso tem a ver com a vida das mulheres?

Não é difícil de imaginar o quanto essas questões impactam a vida das mulheres, não é mesmo? Noutra obra da literatura brasileira, escrita na década seguinte, há registros detalhados da carestia de alimentos vivida sobretudo pela população pobre e negra. Em *Quarto de despejo*: diário de uma favelada, Carolina Maria de Jesus (2014, p. 29) afirma: “É preciso conhecer a fome para saber descrevê-la”, e também “Como é horrível ver um filho comer e perguntar: ‘Tem mais?’ Esta palavra ‘tem mais’ fica oscilando dentro do cérebro de uma mãe que olha as panelas e não tem mais” (Jesus, 2014, p. 38). Carolina nos chamava a atenção para uma questão social que é a espinha dorsal deste trabalho: afinal, por que falamos de segurança e soberania alimentar sob o recorte específico das mulheres?

São múltiplas as respostas para essa questão. Por conta da estrutura patriarcal e da consequente injusta divisão do trabalho do cuidado entre homens e mulheres, são essas últimas as principais responsáveis pelas tarefas ligadas à reprodução da vida e, logo, também pela garantia dos alimentos e preparação das refeições da família. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, 2018) comprovam que a participação das mulheres em tarefas domiciliares é substancialmente maior que a dos homens, tanto nos afazeres domésticos quanto na categoria cuidados: auxiliar nos “cuidados pessoais”, “ler, jogar ou brincar”, até “transportar ou acompanhar para escola, médico, exames, parque”. A proporção de mulheres que realizam atividades de cuidados é superior à dos homens: 40% das mulheres destinam seu tempo a essas atividades. Segundo dados de 2018, a média de horas semanais dedicadas ao trabalho doméstico e de cuidados não remunerados é de 21,3 para mulheres e apenas 10,9 para os homens.

Ainda segundo o Ipea, o número de mulheres agricultoras também supera o dos homens ao redor do mundo. Pensando igualmente de forma sistêmica, tudo o que foi aqui exposto tem relação direta com a vida e o trabalho das mulheres. No Brasil e no mundo, as mulheres possuem um papel-chave na construção de sistemas alimentares distintos do dominante, orientados para a realização da segurança e da soberania alimentar das populações. Possuem saberes, conhecimentos e práticas agrícolas. Ao mesmo tempo, são as mulheres que, dentro do modelo social do capitalismo, assumem a realização do trabalho do cuidado, do qual a alimentação das famílias é parte importante. E, não raro, os ônus do sistema alimentar hegemônico recaem sobre as mulheres: o percentual de mulheres com obesidade é maior que o de homens. E, como expressão perversa do patriarcado, são as mulheres as culpabilizadas pelos índices crescentes de obesidade infantil. Como nos sugere Silvia Federici no trabalho “O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista”:

As mulheres produzem a maior parte dos alimentos consumidos pela família (direta ou estendida) ou vendidos em mercados locais, especialmente na África e na Ásia, onde vive a maioria da população mundial. A agricultura de subsistência é difícil de mensurar, porque costuma ser um trabalho não remunerado e, muitas vezes, não é feita em fazendas normais. Ademais, muitas das mulheres que a realizam não a descrevem como trabalho. Isso se assemelha a outro fato

econômico bem conhecido: o número de trabalhadoras domésticas e o valor de seu trabalho também são difíceis de mensurar. Levando em conta o viés capitalista de produção para o mercado, o trabalho doméstico não é considerado por muitas pessoas como um “trabalho de verdade” (Federici, 2019, p. 280).

É urgente a necessidade de coletivizar esse trabalho do cuidado, que não pode ser mais uma imposição à vida das mulheres. É preciso vê-lo como trabalho e não como um “carinho” ou alguma habilidade nata das mulheres. Ao mesmo tempo, temos percebido a partir das práticas nos sistemas alternativos que a cozinha – um dos espaços onde o trabalho do cuidado ocorre – é um lugar de poder, com o potencial de ressignificar o trabalho das mulheres e nosso entendimento dos feminismos. Se o modelo hegemônico é insustentável e nossa última alternativa é destruir o patriarcado antes que ele destrua a vida humana, a revolução possível e necessária passa pelas mulheres, suas mãos e seus saberes. A atual pandemia global tem também como elemento a reprodução do patriarcado. Romper com o patriarcado é também uma condição para construir sistemas sustentáveis, saudáveis e livres de violências. O espaço da cozinha deve ser visto como um espaço geográfico alimentar, onde se representa uma diversidade de questões, relações de poder e possibilidades de (re) construção, inclusive com nós mesmas.

Num país onde a questão agrária permanece como uma das maiores injustiças através da história, quais as implicações dessa hegemonia corporativa? Precisamos estar atentas para a relação entre alimentação saudável e as formas de produção e distribuição de alimentos e seus impactos na justiça social e integridade do ambiente. Partilhando da percepção de que o modelo dominante de produção e consumo de alimentos leva à insustentabilidade da vida humana, precisamos estar atentas e atuantes na construção de um mundo onde haja um acesso democrático à comida de verdade, do campo à cidade, e onde também se descortine o trabalho do cuidado e da reprodução da vida.

SILVA. Emilia Jomalini de Medeiros. Sistemas alimentares, soberania alimentar e a vida das mulheres: Elementos para o debate. In: **Mulheres e soberania alimentar**: sementes de mundos possíveis. Rio de Janeiro: Instituto de Políticas Alternativas para o Cone Sul (PACS), 2019, 136 p.

RESUMO DO TÓPICO 3

Neste tópico, você aprendeu que:

- A SAN busca garantir a justiça social e a promoção da saúde por meio da equidade no uso dos territórios e na definição dos modelos de produção.
- A fome não está relacionada somente com a escassez de alimentos, mas com a desigualdade social que impede o acesso aos alimentos, fruto de injustiças sociais e de violações ao DHAA.
- A SAN envolve a produção do alimento, considerando o uso de agrotóxicos, alimentos transgênicos, aditivos químicos, adição de sódio, açúcares e gorduras trans. Para garantir a segurança alimentar é necessário controle higiênico sanitário durante todo o processo como transporte, armazenamento, manuseio, temperatura, requisitos sanitários de preparação e fornecimento.
- A Revolução Verde iniciou no período pós-guerra, ganhando força a partir dos anos 1960 e 1970. Foi um movimento de introdução de tecnologias modernas na agricultura, implantação da agricultura baseada em monoculturas, utilização de fertilizantes químicos, melhoramento de sementes, mecanização e irrigação.
- No Brasil, a Revolução Verde foi institucionalizada pelo Governo por meio da implantação do Programa Nacional de Defensivos Agrícolas (PNDA) que vinculava a utilização de agrotóxicos com a concessão de créditos agrícolas.
- O Brasil é, atualmente, um dos maiores exportadores de commodities mundiais e mantém sua economia dependente do agronegócio e monocultura, isto faz com que o país ocupe os primeiros lugares no ranking no uso de agrotóxicos e na produção de alimentos transgênicos.
- Agrotóxico é um composto de substâncias químicas destinadas ao controle, destruição ou prevenção, direta ou indiretamente, de agentes patogênicos para plantas e animais úteis e às pessoas (BRASIL, 1989)
- Organismo Geneticamente Modificado (OGM) é um organismo que recebeu um gene de outro organismo doador, alterando o seu DNA/RNA permitindo atribuir uma nova característica ou alterar uma já existente.
- O objetivo da transgenia é a melhoria da produtividade, resistência a pragas, a doenças e a condições ambientais adversas, podendo ainda melhorar a qualidade nutricional.
- Não existem estudos de médio e longo prazo que indiquem quais são os impactos ambientais e a saúde humana causados pelo uso dos transgênicos.
- Estudos associam a exposição aos agrotóxicos a diferentes doenças, além de contaminação do solo e da água.

- Os agrotóxicos são regulamentados por legislações que controlam o registro, a produção, o uso e o comércio dessas substâncias em todo território brasileiro. Uma medida de controle para uso dos agrotóxicos é o Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA).
- A Anvisa recomenda a aquisição de alimentos orgânicos ou provenientes de sistemas agroecológicos e a aquisição de alimentos da época (safra), que costumam receber, em média, carga menor de agrotóxicos.
- A soberania alimentar é o direito dos povos de decidir seu próprio sistema alimentar e produtivo, pautado em alimentos saudáveis e culturalmente adequados, produzidos de forma sustentável e ecológica (FÓRUM MUNDIAL PELA SOBERANIA ALIMENTAR, 2007).
- A produção de alimentos acontece em dois modelos: modelo agroexportador caracterizado pela monoculturas e produção em larga escala, utilizando para isso agrotóxicos, sementes transgênicas e rações; Modelo de agricultura familiar, baseada em pequenas propriedades com produção diversificada e sustentável, sem insumos químicos.
- A PNSAN prevê diferentes mecanismos para a garantia da SAN, englobando os circuitos curtos de produção, abastecimento e consumo de alimentos.
- O PAA tem como objetivo promover o acesso à alimentação e incentivar a agricultura familiar. Para isso, compra alimentos produzidos pela agricultura familiar, com dispensa de licitação e destina às pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional e aos equipamentos públicos de alimentação e nutrição.
- No PNAE deve haver a compra mínima de 30% do orçamento com a alimentação deve ser para a aquisição de produtos da agricultura familiar, preferencialmente, da produção orgânica e/ou agroecológica (BRASIL, 2009).
- Os Restaurantes Populares são equipamentos públicos de alimentação e nutrição de médio e grande porte com capacidade de produção de, no mínimo, mil refeições diárias saudáveis que são preparadas e comercializadas a preço acessível.
- As cozinhas comunitárias produzem no mínimo, cem refeições diárias, que são comercializadas a preços acessíveis ou doados. Sendo localizadas em áreas de vulnerabilidade social.
- Os bancos de alimentos atuam como centros de distribuição dos produtos adquiridos pelo PAA ou provenientes de doações.



Ficou alguma dúvida? Construímos uma trilha de aprendizagem pensando em facilitar sua compreensão. Acesse o QR Code, que levará ao AVA, e veja as novidades que preparamos para seu estudo.



AUTOATIVIDADE



- 1 O Brasil é reconhecido como um país com grande produção agrícola, contribuindo no abastecimento do mercado mundial. A produção de alimentos ocorre em dois modelos: agricultura familiar e agroexportador. Sobre o exposto, associe os itens, utilizando o código a seguir:

I - Modelo agroexportador
II - Modelo de agricultura familiar

- () Produz para o mercado interno.
- () Produz em larga escala para o mercado internacional.
- () Uso de agrotóxicos e sementes transgênicas.
- () Produção diversificada e sustentável.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

- a) () II – II – I – I.
- b) () I – II – II – I.
- c) () II – I – I – II.
- d) () I – I – II – II.

- 2 Agrotóxico é um composto de substâncias químicas destinadas ao controle, destruição ou prevenção, direta ou indiretamente, de agentes patogênicos para plantas e animais úteis e às pessoas. Sobre os agrotóxicos, classifique V para as sentenças verdadeiras e F para as falsas:

- () Os agrotóxicos tiveram seu uso incentivados pelo Programa Nacional de Defensivos Agrícolas, instituído na Revolução Verde pelo Governo Brasileiro.
- () Os agrotóxicos estão relacionados a maior produção de alimentos e dessa forma contribuem para assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada.
- () A quantidade de agrotóxicos nos alimentos de origem vegetal são medidas pelo Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA) que auxilia no controle do uso de agrotóxicos.
- () A Anvisa recomenda colocar de molho frutas e verduras em uma solução de bicarbonato de sódio para eliminar o agrotóxico.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

- a) () V – V – F – F.
- b) () V – F – V – F.
- c) () F – V – F – V
- d) () F – F – V – F

3 A recomendação do Ministério da Saúde, da Anvisa e de profissionais da saúde é que sejam adquiridos alimentos orgânicos ou de sistemas agroecológicos. Caso não seja possível, adquirir somente alimentos da época (safra), pois costumam receber menos agrotóxicos. Sobre os agrotóxicos e os alimentos, analise as sentenças a seguir:

- I- Os agrotóxicos sistêmicos atuam no interior das folhas e polpas e os agrotóxicos de contato agem na parte externa.
- II- Lavar os alimentos em água corrente contribui na redução de resíduos de agrotóxicos na parte externa do alimento.
- III- Cortar as frutas em pedaços e deixar de molho durante 10 minutos em solução de água com bicarbonato de sódio elimina o agrotóxico da parte interna.
- IV- As frutas, verduras e legumes, inclusive as de sistema agroecológicos, devem sempre ser consumidas sem casca para evitar a ingestão de agrotóxico sistêmico.

Assinale a alternativa correta:

- a) () As sentenças I e II estão corretas.
- b) () As sentenças II e III estão corretas.
- c) () As sentenças III e IV estão corretas.
- d) () As sentenças I e II estão corretas.

4 Explique o que foi a Revolução Verde e como ela transformou a agricultura.

REFERÊNCIAS

ANVISA (Org.). **Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA)**. 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/programa-de-analise-de-registro-de-agrotoxicos-para>. Acesso em: 2 maio 2020.

BEZERRA, Islândia Costa Bezerra; ISAGUIRRE, Katya Regina. Direito humano à alimentação adequada (DHAA): a discussão da “geografia da fome” à sua proteção jurídica no Brasil. **Pensar**, Fortaleza, v. 19, n. 3, p. 675-692, set./dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/2715/pdf>. Acesso em: 21 mar. 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010**. Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Sisan com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2010b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7272.htm. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005**. Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB, revoga a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111105.htm#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Lei%20estabelece%20normas,o%20descarte%20de%20organismos%20geneticamente. Acesso em: 8 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola. Diário Oficial da União. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11947.htm. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010**. Altera o art. 6º da Constituição Federal para introduzir a alimentação como direito social. Diário Oficial da União, 2010c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. **Fome zero: uma história brasileira.** (Org.). Adriana Veiga Aranha – Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Assessoria Fome Zero, v. 1, 2010. p. 190.

BRASIL. **Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006.** Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Sisan com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 set. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm#:~:text=Cria%20o%20Sistema%20Nacional%20de,adequada%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 7802, de 11 de julho de 1989.** Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 11 jul. 1989. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7802.htm. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7794, de 20 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica. Diário Oficial da União, 20 ago. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7794.htm. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde. 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.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.&text=Art. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dialogando sobre o direito humano à alimentação adequada no contexto do SUS** / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Direito à alimentação adequada:** por uma cultura de direitos humanos. Brasília: Coordenação Geral de Educação em SDH/PR, Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2013. p. 80.

BRASIL. **Decreto nº 7.775, de 4 de julho de 2012.** Regulamenta o art. 19 da Lei nº 10.696, de 2 de julho de 2003, que institui o Programa de Aquisição de Alimentos, e o Capítulo III da Lei nº 12.512, de 14 de outubro de 2011, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/decreto/d7775.htm. Acesso em: 10 ago. 2020.

BURITY, Valéria *et al.* **direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília, DF: ABRANDH, 2010.

CORRÊA, Marcia Leopoldina Montanari *et al.* Alimento ou mercadoria? Indicadores de autossuficiência alimentar em territórios do agronegócio. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1070-1083, out-dez 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/339809295_Alimento_ou_mercadoria_Indicadores_de_autossuficiencia_alimentar_em_territorios_do_agronegocio_Mato_Grosso_Brasil. Acesso em: 2 abr. 2020.

CORTESE, Rayza dal Molin; MARTINELLI, Suellen Secchi; FABRI, Rafaela Karen; CAVALLI, Suzi Barletto. ALIMENTAÇÃO NA ATUALIDADE: REFLEXÕES SOBRE O CONSUMO DE ALIMENTOS GENETICAMENTE MODIFICADOS. *Agroecología*, on-line, v. 12, n. 2, p. 71-79, 2017.

GAMBA, Juliane Caravieri Martins; MONTAL, Zélia Maria Cardoso. **O Direito Humano à Alimentação Adequada**: revisitando o pensamento de Josué de Castro. *Revista Jurídica da Presidência*. Brasília, vol. 12, n.º 95, out/jan, 2009.

LEÃO, M. M.; RECINE, E. O direito humano à alimentação adequada. *In*: TADDEI, J. A.; LANG, R. M. F.; LONGOSILVA, G.; TOLONI, M. H. A. **Nutrição em Saúde Pública**. São Paulo: Rubio, 2011, p. 471-488.

LEÃO, Marília (ORGS). **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/DHAA_SAN.pdf. Acesso em 10 abr 2020.

LOPES, Carla Vanessa Alves; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. Agrotóxicos e seus impactos na saúde humana e ambiental: uma revisão sistemática: uma revisão sistemática. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, n. 117, p. 518-534, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811714>. Acesso em: 10 ago. 2020.

MDS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**. Brasília/DF: 2010. 164 p.

NASCIMENTO, A. L.; ANDRADE, S. L. L. S. Segurança alimentar e nutricional: pressupostos para uma nova cidadania? Núcleo Temático: Alimento. **Revista Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 62, n. 4, p. 34-38, out. 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Cúpula Mundial de Alimentação (Declaração de Roma Sobre a Segurança Alimentar Mundial e Plano de Ação da Cúpula Mundial da Alimentação**. 1996.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>. Acesso em: 29 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **O que são os direitos humanos?** 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/>. Acesso em: 15 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Organizações das Nações Unidas. **Comentário geral n. 12: o direito humano à alimentação adequada** (art. 11), 1999.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais** (Pidesc), 1966.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório do Relator Especial do direito à alimentação, Sr. Jean Ziegler**. Missão ao Brasil, 2002.

VALENTE, Flávio L. S. **O combate à fome e a desnutrição e a promoção da alimentação adequada no contexto do direito humano à alimentação: um eixo estratégico do desenvolvimento humano sustentável**. São Paulo: Instituto da Cidadania, 2001.

AÇÕES, POLÍTICAS E PROGRAMAS NACIONAIS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir do estudo desta unidade, você deverá ser capaz de:

- compreender a história do programa nacional de alimentação escolar e quais são os atores que dele participam;
- identificar o papel do nutricionista do programa nacional de alimentação escolar;
- conhecer as estratégias para a prevenção e controle dos distúrbios nutricionais dos brasileiros, como a anemia ferropriva, deficiência de vitamina A, deficiência de iodo e obesidade;
- compreender a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil;
- reconhecer a importância do sistema de vigilância alimentar e nutricional, explorando o marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica;
- identificar as orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde.

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em três tópicos. No decorrer da unidade você encontrará autoatividades com o objetivo de reforçar o conteúdo apresentado.

TÓPICO 1 – PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR

TÓPICO 2 – ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DOS DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS NO BRASIL

TÓPICO 3 – SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL



Preparado para ampliar seus conhecimentos? Respire e vamos em frente! Procure um ambiente que facilite a concentração, assim absorverá melhor as informações.

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR

1 INTRODUÇÃO

Olá, acadêmico! Seja bem-vindo à terceira unidade desse livro didático, na qual iremos explorar as ações, políticas e programas nacionais de alimentação e nutrição. Neste primeiro tópico, iremos abordar o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

Já ouviu falar sobre esse programa? Ele é de suma importância para o desenvolvimento escolar das crianças, bem como para o conhecimento delas sobre em que consiste uma alimentação equilibrada.

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), popularmente conhecido como merenda escolar, tem como objetivo a transferência de recursos financeiros aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para suprir, parcialmente, as necessidades nutricionais dos alunos. Representa hoje, um dos maiores programas na área de alimentação escolar no mundo e é o único com atendimento universalizado.

O PNAE é um programa governamental que oferece alimentação escolar e ações de educação alimentar e nutricional a estudantes da educação básica pública, gerenciado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Em esfera federal, direciona aos estados, municípios e escolas, valores financeiros de caráter suplementar, os quais são efetuados em dez parcelas, de fevereiro a novembro, para a cobertura de 200 dias letivos, de acordo com o número de alunos matriculados em cada rede de ensino (FNDE, 2017).

A atividade de acompanhamento e fiscalização do desenvolvimento do PNAE é realizado pela sociedade, por meio dos Conselhos de Alimentação Escolar (CAE), e também pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), pelo Tribunal de Contas da União (TCU), pela Controladoria Geral da União (CGU) e pelo Ministério Público (MP). O repasse é feito diretamente aos estados e municípios, com base no Censo Escolar realizado no ano anterior ao do atendimento (FNDE, 2017).



Para verificar o valor de repasse da União aos estados e municípios por dia letivo para cada aluno, que é definido de acordo com a etapa e modalidade de ensino, acesse a página do FNDE. Segue link de acesso: <https://www.fnde.gov.br/index.php/programas/pnae/pnae-sobre-o-programa/pnae-sobre-o-pnae>.

Confira a seguir estratificações e valores praticados na data do acesso (17 de maio de 2020):

- Creches: R\$ 1,07
- Pré-escola: R\$ 0,53
- Escolas indígenas e quilombolas: R\$ 0,64
- Ensino fundamental e médio: R\$ 0,36
- Educação de jovens e adultos: R\$ 0,32
- Ensino integral: R\$ 1,07
- Programa de Fomento às Escolas de Ensino Médio em Tempo Integral: R\$ 2,00
- Alunos que frequentam o Atendimento Educacional Especializado no contraturno: R\$ 0,53.

Com relação aos produtos adquiridos para a merenda escolar, em 2009 foi publicada a Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009, a qual orienta o uso de pelo menos 30% do valor repassado pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE – na compra direta de produtos da agricultura familiar, buscando com isso, estimular o desenvolvimento econômico e sustentável das comunidades.



Quais alunos são beneficiados por PNAE?

O PNAE atende aos alunos de toda a educação básica (educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos) matriculados em escolas públicas, filantrópicas e em entidades comunitárias (conveniadas com o poder público), beneficiando milhões de estudantes brasileiros, conforme previsto no artigo 208, incisos IV e VII, da Constituição Federal (2017).

É importante já salientarmos que o cardápio escolar é elaborado por nutricionista, o qual deve ser proposto respeitando os hábitos alimentares locais e culturais, bem como atendendo às necessidades nutricionais específicas, conforme percentuais mínimos estabelecidos no artigo 14 da Resolução nº 26/2013.

Para finalizarmos essa introdução ao PNAE, do ponto de vista operacional, são participantes: o Governo Federal, por meio do FNDE, que é responsável pela definição das regras do programa e onde se inicia o processo de financiamento e execução da alimentação escolar; as Entidades Executoras (EEx) constituídas pelas Secretarias de Educação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e as escolas federais, responsáveis pelo desenvolvimento de todas as condições para que o PNAE seja executado de forma a cumprir a legislação; a Unidade Executora (UEEx), composta pela sociedade civil com personalidade jurídica de direito privado, vinculada à escola, sem fins lucrativos, podem ser chamadas de “Caixa Escolar”, “Associação de Pais e Mestres”, “Círculo de Pais e Mestres” ou “Unidade Executora”, representando a comunidade educativa e o Conselho de Alimentação Escolar, responsável pelo controle social do PNAE, acompanhando a aquisição dos produtos, a qualidade da alimentação, as condições higiênico-sanitárias dos alimentos armazenados, a distribuição e o consumo, a execução financeira e a tarefa de avaliação da prestação de contas das EEx e emissão do Parecer Conclusivo.

Além das instituições mencionadas, também contribuem para a boa execução do PNAE: o Tribunal de Contas da União e Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União, o Ministério Público Federal e as Secretarias de Saúde e de Agricultura dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Assim como o Conselho Federal e Conselhos Regionais de Nutricionistas, que realizam a fiscalização da atuação desses profissionais (FNDE, 2017).

2 HISTÓRICO DO PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR

O PNAE surgiu na década de 1940, mediante defesa do Instituto de Nutrição a partir de uma proposta de o Governo Federal oferecer alimentação ao escolar. Todavia, na época não pôde ser concretizado devido à falta de verba. Posteriormente, na década de 1950, foi elaborado o Plano Nacional de Alimentação e Nutrição, denominado Conjuntura Alimentar e o Problema da Nutrição no Brasil, estruturando-se em um programa de merenda escolar em esfera nacional (FNDE, 2017).

Apenas o Programa de Alimentação Escolar constava no plano inicial, com o financiamento do Fundo Internacional de Socorro à Infância (Fisi), atualmente Unicef, permitindo a distribuição do leite em pó destinado à campanha de nutrição materno-infantil. Em seguida, já em 31 de março de 1955, com o Decreto nº 37.106, foi instituído a Campanha de Merenda Escolar (CME), subordinada ao Ministério da Educação (FNDE, 2017).

Em 1956, o CME passou a se denominar Campanha Nacional de Merenda Escolar (CNME), com o propósito de promover o atendimento em âmbito nacional e, em sequência, em 1965, devido ao Decreto nº 56.886/65, passou a ser denominado Campanha Nacional de Alimentação Escolar (CNAE), surgindo com esse decreto uma gama de programas de ajuda americana, como Alimentos para a Paz, financiado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento

Internacional (Usaid); o Programa de Alimentos para o Desenvolvimento, voltado ao atendimento das populações carentes e à alimentação de crianças em idade escolar; e o Programa Mundial de Alimentos (PMA), da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO/ONU).

Somente em 1979 passou a denominar-se Programa Nacional de Alimentação Escolar, sendo que com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, ficou assegurado o direito à alimentação escolar a todos os alunos do ensino fundamental, por meio de programa suplementar de alimentação escolar, a ser oferecido pelos governos em todas as esferas.

Até o ano de 1993, o PNAE aconteceu de maneira centralizada, onde um órgão gerenciador planejava os cardápios, adquiria os gêneros por processo licitatório, contratava laboratórios especializados para efetuar o controle de qualidade e se responsabilizava pela distribuição dos alimentos. Nesse contexto, em 1994, por meio da Lei nº 8,193, de 12/01/94, ocorreu a descentralização dos recursos para execução do Programa. Nesse período, o número de municípios que aderiram à descentralização evoluiu de 1.532, em 1994, para 4.314, em 1998, representando mais de 70% dos municípios brasileiros (FNDE, 2017).

O processo de consolidação da descentralização ocorreu com a Medida Provisória nº 1.784, de 14 de dezembro de 1998, em que foi determinado que além do repasse direto a todos os municípios e Secretarias de Educação, a transferência seria feita automaticamente, permitindo maior agilidade ao processo.

Logicamente, tratando-se de um Programa Nacional, seus avanços são recorrentes e em prol do aprimoramento dos seus objetivos e metodologias. Após a data da descentralização, já em 2001, decorreram um dos principais avanços, a Medida Provisória nº 2.178, de 28 de junho de 2001, que derivou a obrigatoriedade de que 70% dos recursos transferidos pelo governo federal fossem aplicados em produtos básicos e que houvesse o princípio do respeito aos hábitos alimentares regionais, assim como à vocação agrícola do município, para fomento do desenvolvimento da economia local.

Além disso, outro avanço, derivado a partir de reedição da MP nº 1.784/98, junho de 2000, sob o número 1979-19, foi a instituição municipal do Conselho de Alimentação Escolar (CAE), um órgão deliberativo, fiscalizador e de assessoramento para a execução do Programa. Esse conselho é formado por representantes de entidades civis organizadas, dos trabalhadores da educação, dos discentes, dos pais de alunos e representantes do poder Executivo.

Para nós, nutricionistas e estudantes de nutrição, um dos grandes marcos ocorreu a partir de 2006, pois foi o momento em que foi exigida a presença do nutricionista como Responsável Técnico pelo Programa, atuante no quadro técnico composto por esses profissionais em todas as Entidades Executoras, possibilitando uma melhoria significativa na qualidade do PNAE e o alcance de seus objetivos, principalmente do respeito aos hábitos alimentares regionais e garantia dos nutrientes necessários a cada faixa etária.

Também em 2006 foi estabelecido parceria do FNDE com as Instituições Federais de Ensino Superior, resultando nos Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição Escolar – CECANES, unidades de referência e apoio, constituídas para desenvolver ações e projetos de interesse do PNAE, vinculados à estrutura de extensão, pesquisa e ensino das IES.



O PNAE ficou reconhecido mundialmente por ser um Programa de Alimentação Escolar Sustentável de sucesso. Sendo importante ressaltar os Acordos Internacionais firmados para que obtivesse esse reconhecimento. Inicialmente com a Organização das Nações Unidas para Alimentação e a Agricultura – FAO e posterior com o Programa Mundial de Alimentos – PMA, por meio da Agência Brasileira de Cooperação do Ministério das Relações Exteriores, com objetivo de apoiar o desenvolvimento dos Programas de Alimentação Escolar Sustentáveis em países da América Latina, Caribe, África e Ásia, sob os princípios da Segurança Alimentar e Nutricional e do Direito Humano à Alimentação Adequada (FNDE, 2017).

Seguindo nessa linha do tempo, já em 2009, novos avanços foram direcionados ao PNAE, com a sanção da Lei nº 11.947, de 16 de junho, que previu a extensão do Programa para toda a rede pública de educação básica, incluindo os participantes do Programa Mais Educação, e de jovens e adultos, além da garantia de no mínimo 30% dos repasses do FNDE a serem investidos na aquisição de produtos da agricultura familiar, que foi outro marco muito importante, desde o olhar à sustentabilidade da agricultura até a segurança alimentar e nutricional das preparações fornecidas aos estudantes. Em 2013 houve mais uma ampliação em relação à cobertura da merenda escolar, sendo incluído o Atendimento Educacional Especializado – AEE (Educação de Jovens e Adultos semipresencial e para aqueles matriculados em escolas de tempo integral).

Conforme vimos na introdução, referente aos recursos financeiros, é transferido per capita diferenciados para atender às diversidades étnicas e as necessidades nutricionais por faixa etária e condição de vulnerabilidade social. Merecendo destaque a priorização dos assentamentos da reforma agrária, comunidades tradicionais indígenas e comunidades quilombolas quanto à aquisição de gêneros da Agricultura Familiar e diferença no valor do per capita repassado por aluno em escolas localizadas em áreas indígenas e remanescentes de quilombos (FNDE, 2017).

Apenas em 2013, após aproximadamente 60 anos do início das propostas desse Programa, é que surgiu a Resolução do FNDE nº 26, de 17 de junho de 2013, que expôs em uma de suas seções a necessidade de se falar em educação alimentar e nutricional (EAN), vindo de encontro as políticas públicas relacionadas à Segurança

Alimentar e Nutricional (SAN), considerando os planos já existentes: Plano de SAN, do Plano Nacional Combate à Obesidade e do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Já finalizando a história do PNAE, a qual se demonstrou bem construtiva e adaptativa desde sua primeira versão, destaca-se a Resolução CD/FNDE nº 4, de abril de 2015, que visando ao fortalecimento da Agricultura Familiar e sua contribuição para o desenvolvimento social e econômico local alterou a redação dos artigos 25 a 32 da Resolução FNDE nº 26, que tratavam sobre:

A aquisição de gêneros alimentícios da agricultura familiar e do empreendedor familiar rural ou suas organizações, resultando em alterações na forma de aplicação dos critérios para seleção e classificação dos projetos de venda; estabeleceu o que são grupos formais e informais de assentados da reforma agrária, comunidades tradicionais indígenas e quilombolas e critérios para desempate; definiu os locais onde deverão ser divulgados os editais das chamadas públicas; incluiu o documento para habilitação dos projetos de venda dos grupos formais; estabeleceu os preços dos produtos a serem adquiridos da agricultura familiar são aqueles publicados na chamada pública; definiu o limite individual de venda para o agricultor familiar na comercialização para o PNAE por entidade executora; estabeleceu novas regras para o controle do limite individual de venda dos agricultores familiares; e definiu modelos de edital de chamada pública, de pesquisa de preços de projeto de venda e de contrato (FNDE, 2017, s.d.).



O aplicativo PNAE Monitora automatizou o processo de monitoramento in loco do FNDE e dos Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição do Escolar (CECANES). Os técnicos e agentes passaram a contar com plataformas digitais móveis, como tablets ou celulares, para que o serviço seja feito com rapidez e segurança. As informações sobre o cumprimento da legislação e as escolas visitadas são processadas imediatamente no banco de dados da Autarquia, agilizando a consolidação, possibilitando um roteiro a ser seguido, gerando economia de tempo e trabalho, com ganho de produtividade. Sendo que ao término de cada visita, um relatório é gerado, facilitando a identificação e o combate às falhas de execução. Esse monitoramento tem periodicidade permanente, e a abrangência é por amostragem nas Entidades Executoras (EExs) e/ou Unidades Executoras (UExs), de acordo com critérios de seleção indicativos de gestão do Programa (FNDE, 2017).

3 EIXOS DE ATUAÇÃO E O PAPEL DO NUTRICIONISTA NO PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR

Nos eixos de atuação do PNAE temos a Alimentação e Nutrição, Educação Alimentar e Nutricional, Cadastro de Nutricionistas, Agricultura familiar e o Centro de Colaboradores, todos já mencionados brevemente no histórico do PNAE.

Em primeira instância temos a ação da alimentação e nutrição que aborda a avaliação do estado nutricional dos estudantes atendidos (peso e altura), com intuito de identificar os indivíduos com necessidades nutricionais específicas. Posterior, existe a ação direcionada à educação alimentar e nutricional para os estudantes, que deverá estar sempre articulada com a coordenação pedagógica da escola; além do planejamento e aplicação do teste de aceitabilidade e a elaboração e implantação do Manual de Boas Práticas. Consta a interação com os agricultores familiares e empreendedores familiares rurais, a qual busca fazer com que o nutricionista da escola reconheça a produção local, inserindo estes produtos na alimentação escolar e na elaboração do planejamento e acompanhamento dos cardápios da alimentação escolar.

Todas as atividades mencionadas são exclusivas do nutricionista, que é um profissional essencial na adequada execução do PNAE, pois compete a ele ser responsável técnico (RT) e assumir as atividades de planejamento, coordenação, direção, supervisão e avaliação de todas as ações de alimentação e nutrição no âmbito da alimentação escolar (FNDE, 2017).

Nesse íterim, merece destaque a elaboração do cardápio da alimentação escolar, que é um instrumento que deve assegurar a oferta de uma alimentação saudável e adequada, que garante atendimento das necessidades nutricionais dos alunos e atue como um elemento pedagógico, estando vinculado à ação de educação alimentar e nutricional. Por isso, é de suma importância o bom planejamento dos cardápios, bem como o acompanhamento de sua execução.

Conforme mencionado, destaca-se que os cardápios deverão ser elaborados pelo nutricionista RT, sendo que este, para efetivar a aplicação de um cardápio adequado, deverá observar os seguintes critérios:

- Compreender o uso de alimentos variados, seguros, que respeitem a cultura, as tradições e os hábitos alimentares saudáveis, atendendo às necessidades nutricionais dos alunos em conformidade com a sua faixa etária e seu estado de saúde;
- Dar preferência aos gêneros alimentícios produzidos em âmbito local, preferencialmente pela agricultura familiar e pelos empreendedores familiares rurais;
- Identificar o melhor horário a ser servida a alimentação e o alimento adequado a cada tipo de refeição;
- Respeitar as especificidades culturais das comunidades indígenas e/ou quilombolas;

- Garantir a oferta mínima de três porções de frutas e hortaliças por semana (200g/aluno/semana), considerando que as bebidas à base de frutas não substituem a obrigatoriedade da oferta de frutas in natura;
- Combinar os aspectos sensoriais, como as cores, os sabores, a textura e as técnicas de preparo (FNDE, 2017).

Além disso, o nutricionista deve observar a presença de alimentos ultraprocessados no cardápio, já que o PNAE estabelece um limite para aquisição de alimentos enlatados, embutidos, doces, alimentos compostos, preparações semiprontas ou prontas, ou alimentos concentrados. Proibindo a aquisição de bebidas com baixo valor nutricional.

Nesse contexto, tem-se outro ponto de relevância quanto ao papel do nutricionista no PNAE, que tem como objetivo contribuir para o crescimento e o desenvolvimento biopsicossocial, a aprendizagem, o rendimento escolar e a formação de hábitos alimentares saudáveis dos alunos, que são as ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), visando estimular a adoção voluntária de práticas e escolhas alimentares saudáveis que colaborem para a aprendizagem, a boa saúde do escolar e a qualidade de vida do indivíduo (FNDE, 2017).

Considerando as ações de EAN, essas conciliaram-se com a Coordenação Geral do Programa Nacional de Alimentação Escolar – CGPAE, que tem criado mecanismos gerenciais destinados à promoção do direito humano à alimentação adequada e ao estímulo à inserção da educação alimentar e nutricional no ambiente escolar, tendo entre elas a alteração, nos editais do Programa Nacional do Livro Didático (PNLD), para que as obras dialoguem com a promoção da alimentação adequada em ambiente escolar.

Ainda com esse mesmo intuito foi realizada a impressão de imagens contendo mensagens sobre alimentação adequada saudável na quarta capa dos livros didáticos, tendo como objetivo despertar o desejo de todos em difundir ações de Educação Alimentar e Nutricional junto às escolas, “promovendo o debate sobre os temas de alimentação e nutrição e da construção da autonomia dos estudantes no que se refere a escolhas alimentares conscientes e saudáveis” (FNDE, 2017).



O FNDE lançou a Jornada de Educação Alimentar e Nutricional em 31 de março de 2017, que surgiu como um instrumento para contribuir com a conscientização de escolhas alimentares mais saudáveis pelos estudantes. A escola é um ambiente que pode promover uma alimentação adequada, saudável e segura, através da inclusão de conceitos de alimentação e nutrição nos diferentes níveis de ensino. Com isso, a Jornada de EAN fomentará a criação de bons hábitos de alimentação pelas crianças.

Por fim, na Figura 1, tem-se um resumo das atribuições do Nutricionista no PNAE.

FIGURA 1 – ATRIBUIÇÕES DO NUTRICIONISTA NO PNAE



FONTE: FNDE (2017, p. 3)

3.1 PROCEDIMENTOS PARA VINCULAÇÃO E DESVINCULAÇÃO DE NUTRICIONISTA

O cadastramento do profissional nutricionista on-line no PNAE é competência dos gestores do SIMEC/PAR com os nutricionistas. O gestor cadastrará no SIMEC/PAR o nome, CPF e e-mail do nutricionista, esse cadastro prévio será encaminhado e-mail para que o nutricionista acesse o SIMEC/PAR para “validar” ou “não validar” a sua vinculação com a Entidade Executora (EEx.). No caso de o nutricionista validar, o próprio profissional completará seu cadastro e poderá modificar seus dados. A desvinculação também será realizada pelo nutricionista por meio da assinatura on-line do “Termo de Desvinculação” disponível no próprio sistema ou pelo gestor, que excluirá a vinculação do nutricionista da respectiva Entidade Executora (FNDE, 2017).

QUADRO 1 – CARGA HORÁRIA TÉCNICA MÍNIMA SEMANAL E NÚMERO DE NUTRICIONISTAS RECOMENDADO (A) NA ALIMENTAÇÃO ESCOLAR, CONSIDERANDO O NÚMERO DE ALUNOS

Nº de alunos	Nº Nutricionistas	Carga horária TÉCNICA mínima semanal recomendada
Até 500	1 RT	30 horas
501 a 1.000	1 RT + 1 QT	30 horas
1.001 a 2.500	1 RT + 2 QT	30 horas
2.501 a 5.000	1 RT + 3 QT	30 horas
Acima de 5.000	1 RT + 3 QT e + 01 QT a cada fração de 2.500 alunos	30 horas

FONTE: FNDE (2017, p. 4)



Com intuito de facilitar o cadastro desses profissionais junto ao PNAE, a Coordenação Geral do Programa Nacional de Alimentação Escolar – CGPAE – construiu um Manual de orientação para o gestor e nutricionista com o passo a passo para realizar a vinculação dos nutricionistas atuantes no Programa e posterior desvinculação, o qual pode ser acessado no link: <https://www.fnde.gov.br/index.php/programas/pnae/pnae-eixos-de-atuacao/pnae-cadastro-de-nuticionistas>.

4 PRODUTOS DA AGRICULTURA FAMILIAR PARA O PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR

Em 2009, com a Instituição da Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009, ficou determinado que no mínimo 30% do valor repassado a estados, municípios e Distrito Federal pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) para o PNAE deve ser utilizado na compra de gêneros alimentícios diretamente da agricultura familiar e do empreendedor familiar rural ou de suas organizações, sendo que a aquisição dos produtos da Agricultura Familiar poderá ser realizada por meio de Chamada Pública, situação que dispensa o procedimento licitatório.

Essa conexão entre a agricultura familiar e a alimentação escolar é de extrema importância e fundamenta-se em diretrizes estabelecidas nessa mesma Lei, dispondo sobre o atendimento da AE, com os seguintes critérios: alimentação saudável e adequada, compreendendo o uso de alimentos variados,

seguros, que respeitem a cultura, as tradições e os hábitos alimentares saudáveis e; apoio ao desenvolvimento sustentável, com incentivos para a aquisição de gêneros alimentícios diversificados, sazonais, produzidos em âmbito local e pela agricultura familiar (FNDE, 2017).

A aquisição da agricultura familiar para a alimentação escolar está regulamentada pela Resolução CD/ FNDE nº 26, de 17 de junho de 2013, (atualizada pela Resolução CD/FNDE nº 04, de 2 de abril de 2015), que dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do PNAE. Com base na Resolução supracitada, a Coordenação Geral do Programa Nacional de Alimentação Escolar – CGPAE/FNDE elaborou o Manual de Aquisição de Produtos da Agricultura Familiar para a Alimentação Escolar, que tem como objetivo apresentar o passo-a-passo do processo de aquisição da agricultura familiar (FNDE, 2017, s.p.).



Para mais informações sobre a aquisição de produtos da agricultura familiar para a alimentação escolar, entre em contato com a Divisão de Desenvolvimento da Agricultura Familiar do Programa Nacional de Alimentação Escolar/FNDE, pelo e-mail didaf@fnde.gov.br e/ou acesse o Manual de Aquisição de Produtos da Agricultura Familiar para Alimentação Escolar no link: <https://www.fnde.gov.br/index.php/programas/pnae/pnae-eixos-de-atuacao/pnae-agricultura-familiar>.

5 CENTROS COLABORADORES E UAE

Para manter suas propostas de forma efetiva, no ano de 2013, o FNDE buscou firmar parceria com as Instituições Federais de Ensino Superior – IFES, para desenvolver ações de pesquisa, ensino e extensão, mediante a celebração de Termos de Execução Descentralizada – TED (Termos de Cooperação – TC) no âmbito do PNAE. A parceria consiste no desenvolvimento de planos de trabalho por meio de descentralização de créditos orçamentários e repasses, sendo que as IFES podem implementar as ações, como Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição Escolar – CECANE, unidades de referência e apoio constituídas com estrutura e equipe para execução das atividades nas áreas prioritárias e nas formas de atuação definidas pelo FNDE, e/ou Unidade Acadêmica Especializada – UAE, que são estruturas específicas das IFES voltadas para um projeto nas áreas de interesse prioritário e nas formas de atuação definidas pelo FNDE (FNDE, 2017).

5.1 HABILITAÇÃO DAS IFES

Para poderem participar dessas ações, as IFES precisam manifestar interesse em desenvolver suas ações em linhas de colaboração, áreas de interesse prioritário e em formas de atuação específicos. Hoje, tem-se habilitadas 41 Instituições Federais de Ensino Superior – IFES –, no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE.

Cabe destacar que a celebração deste depende da disponibilidade orçamentária, da necessidade e da conveniência da CGPAE/FNDE, sendo ainda necessário seguir os tramites a seguir: 1) a IFES habilitada encaminha o Plano de Trabalho – PT ao FNDE para análise; 2) o FNDE aprova o PT; 3) a IFES e o FNDE assinam o TED; e 4) o FNDE descentraliza o recurso para a IFES. Dessa forma, o Projeto CECANE e/ou UAE só se inicia de fato quando da emissão da Nota de Crédito do FNDE em favor da IFES.

É interessante que você, acadêmico, compreenda todo o processo que uma Instituição de Ensino deve seguir para poder se vincular ao PNAE.

5.2 CONSELHO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR

Para finalizar, vamos conhecer o Conselho de Alimentação Escolar (CAE), que é um órgão colegiado de caráter fiscalizador, permanente, deliberativo e de assessoramento, instituído no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, composto por, no mínimo, sete membros titulares e suplentes, sendo representantes do Poder Executivo, trabalhadores da educação e discentes, entidades civis e pais de alunos. Esse Conselho possui como principal função zelar pela concretização da alimentação escolar de qualidade, por meio da fiscalização dos recursos públicos repassados pelo FNDE.



MANUAL DE INSTRUÇÕES OPERACIONAIS PARA NUTRICIONISTAS VINCULADOS AO PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR

Prezado nutricionista responsável técnico pelo PNAE

O presente manual foi elaborado com o objetivo de oferecer informações que auxiliem suas ações no desenvolvimento e operacionalização das atividades inerentes ao PNAE. É de sua competência e dever, consolidado por meio da conquista da Lei 11.947/2009 e da Resolução CFN 465/2010, zelar pela preservação, promoção e recuperação da saúde, alimentação e nutrição no ambiente escolar. Para isto, as normas que abordam a atuação do nutricionista no âmbito do PNAE estabelecem que este profissional seja o responsável por um conjunto de ações técnicas tais como: realizar o diagnóstico e o acompanhamento

do estado nutricional; planejar, elaborar, acompanhar e avaliar o cardápio da alimentação escolar; propor e realizar ações de educação alimentar e nutricional para a comunidade escolar; planejar, orientar e supervisionar as atividades de seleção, compra, armazenamento, produção e distribuição dos alimentos; interagir com os agricultores familiares e empreendedores familiares rurais e suas organizações; participar do processo de licitação e da compra direta da agricultura familiar para a aquisição de gêneros alimentícios; assessorar o Conselho de Alimentação Escolar (CAE) no que diz respeito a execução técnica do PNAE. Para a efetividade e eficácia do PNAE é importante que todos os sujeitos envolvidos (Entidades Executoras, o CAE e o nutricionista responsável técnico) estejam integrados e ativos como responsáveis e corresponsáveis em sua execução, atendendo aos princípios e diretrizes de promover a alimentação escolar saudável e adequada, o respeito à cultura, às tradições e aos hábitos alimentares, o controle social, a segurança alimentar e nutricional e o desenvolvimento sustentável, com aquisição de gêneros alimentícios da agricultura familiar e do empreendedor familiar rural. A educação representa a possibilidade e capacidade de um povo organizar-se e pensar em construir o seu futuro. O PNAE, além do fornecimento balanceado de macros e micronutrientes para a promoção de um estado nutricional adequado, vai ao encontro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, realizando, dentre esses, a erradicação da fome e da miséria, a garantia da educação de qualidade para todos e a garantia da qualidade de vida e a sustentabilidade ambiental.

FONTE: https://www.unifesp.br/campus/san7/images/cecane/papeL_nutricionista_programa_nacional_alimentacao_escolar.pdf. Acesso em: 14 set. 2020.

RESUMO DO TÓPICO 1

Neste tópico, você aprendeu que:

- O Fundo Nacional de Desenvolvimento Escolar é o órgão governamental responsável pela organização da merenda escolar por meio do Programa Nacional de Alimentação Escolar.
- O Programa Nacional de Alimentação Escolar tem como objetivo a transferência de recursos financeiros aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para suprir, parcialmente, as necessidades nutricionais dos alunos.
- O Programa Nacional de Alimentação Escolar representa hoje um dos maiores programas na área de alimentação escolar no mundo e é o único com atendimento universalizado.
- A atividade de acompanhamento e fiscalização do desenvolvimento do PNAE é realizado pela sociedade, por meio dos Conselhos de Alimentação Escolar (CAE), e também pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), pelo Tribunal de Contas da União (TCU), pela Controladoria Geral da União (CGU) e pelo Ministério Público (MP).
- Dentro do PNAE, o cardápio escolar é elaborado por nutricionista, devendo ser proposto respeitando os hábitos alimentares locais e culturais e atendendo às necessidades nutricionais específicas, conforme percentuais mínimos estabelecidos no artigo 14 da Resolução nº 26/2013.
- Programa Nacional de Alimentação teve seu início histórico na década de 1940, sendo que um dos grandes marcos ocorreram a partir de 2006, momento em que foi exigida a presença do nutricionista como Responsável Técnico pelo Programa, atuante no quadro técnico composto por esses profissionais em todas as Entidades Executoras, possibilitando uma melhoria significativa na qualidade do PNAE e o alcance de seus objetivos, principalmente do respeito aos hábitos alimentares regionais e garantia dos nutrientes necessários a cada faixa etária.
- As principais ações do nutricionista no PNAE compreendem a ação da alimentação e nutrição que aborda a avaliação do estado nutricional dos estudantes atendidos (peso e altura), com intuito de identificar os indivíduos com necessidades nutricionais específicas; e a ação direcionada à educação alimentar e nutricional para os estudantes, que deverá estar sempre articulada com a coordenação pedagógica da escola; além do planejamento e aplicação do teste de aceitabilidade e a elaboração e implantação do Manual de Boas Práticas.

- A partir de 2009, ficou determinado que no mínimo 30% do valor repassado a estados, municípios e Distrito Federal pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) para o PNAE deve ser utilizado na compra de gêneros alimentícios diretamente da agricultura familiar e do empreendedor familiar rural ou de suas organizações, sendo que a aquisição dos produtos da Agricultura Familiar poderá ser realizada por meio de Chamada Pública, situação que dispensa o procedimento licitatório.
- O Conselho de Alimentação Escolar (CAE) é um órgão colegiado de caráter fiscalizador, permanente, deliberativo e de assessoramento, instituído no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.



1 O Nutricionista RT, profissional considerado essencial para a execução do PNAE, tem como uma das suas principais funções a elaboração de cardápios, os quais para se enquadrarem dentro do que se considera adequado pelo programa, deverá observar alguns critérios. Sobre esses critérios, classifique V para as sentenças verdadeiras e F para as falsas:

- () Compreender o uso de alimentos variados, seguros, que respeitem a cultura, as tradições e os hábitos alimentares saudáveis, atendendo às necessidades nutricionais dos alunos em conformidade com a sua faixa etária e seu estado de saúde.
- () Dar preferência aos gêneros alimentícios produzidos industrialmente, em âmbito local.
- () Identificar o melhor horário a ser servida a alimentação e o alimento adequado a cada tipo de refeição.
- () Respeitar as especificidades culturais das comunidades indígenas e/ou quilombolas.
- () Garantir a oferta mínima de três porções de frutas e hortaliças por semana (200g/aluno/semana), considerando que as bebidas à base de frutas substituem a oferta de frutas in natura.
- () Combinar os aspectos sensoriais, como as cores, os sabores, a textura e as técnicas de preparo.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

- a) () V – F – V – V – F – V.
- b) () V – F – V – V – V – V.
- c) () F – V – V – V – F – V.
- d) () V – F – V – V – F – F.
- e) () F – F – V – V – F – V.

2 O papel do nutricionista no PNAE tem como um dos seus objetivos realizar ações que contribuam para o crescimento e o desenvolvimento biopsicossocial, a aprendizagem, o rendimento escolar e a formação de hábitos alimentares saudáveis dos alunos. De que ação estamos falando?

- a) () Alimentação e Nutrição.
- b) () Educação Alimentar e Nutricional.
- c) () Planejamento de Cardápios.
- d) () Elaboração do Manual de Boas Práticas.
- e) () Agricultura Familiar.

- 3 Dentre os conselhos que abrangem os cuidados com o PNAE, tem-se o Conselho de Alimentação Escolar (CAE), que é um órgão colegiado de caráter fiscalizador, permanente, deliberativo e de assessoramento, instituído no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Assinale a alternativa CORRETA que corresponde à principal função desse conselho:
- a) () Zelar pela concretização da alimentação escolar de qualidade, por meio da fiscalização dos recursos públicos repassados pelo FNDE.
 - b) () Zelar pela qualidade e segurança alimentar das refeições produzidas na escola, aplicando check list e POPs nas cozinhas das escolas;
 - c) () Fiscalizar os recursos utilizados na agricultura familiar, evitando desvios por parte do nutricionista;
 - d) () Fiscalizar a contratação dos profissionais que atuarão com a merenda escolar, bem como monitorar os processos de concursos públicos;
 - e) () Zelar pelos cumprimentos das ações de intervenção nas desordens nutricionais identificadas nas crianças.
- 4 O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) é popularmente conhecido como merenda escolar e tem como objetivo a transferência de recursos financeiros aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para suprir, parcialmente, as necessidades nutricionais dos alunos. Representa um dos maiores programas na área de alimentação escolar no mundo e é o único com atendimento universalizado. Disserte sobre a importância do profissional nutricionista no PNAE.

ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DOS DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS NO BRASIL

1 INTRODUÇÃO

Olá, acadêmico! Neste tópico iremos verificar as abordagens governamentais relacionadas à prevenção e tratamento de diferentes desordens, desde a deficiência de vitamina A e anemia ferropriva até a desnutrição.

O intuito desse tópico é identificar as estratégias do sistema de saúde para atuar em condições consideradas mais amplas e críticas na população brasileira, com especial atenção às crianças, e nesse contexto, é interessante a colocação de que não apenas o mundo, mas o Brasil, em especial, passa por uma rápida transição nutricional: de altas taxas de desnutrição, passou a ser um país com metade da população adulta com excesso de peso, em 2008 (BRASIL, 2020a).

Todavia, infelizmente, o Brasil ainda possui altas prevalências de desnutrição crônica em determinados grupos populacionais, como as crianças indígenas, quilombolas e as residentes na Região Norte do País, assim como crianças e mulheres que vivem em bolsões de pobreza. De acordo com o Ministério da Saúde, pesquisas ressaltam a persistência das deficiências de ferro, vitamina A, vitamina B1 (tiamina) e o desajuste do consumo de iodo por adultos, proveniente do consumo excessivo do sal de cozinha iodado, até mesmo nas populações que não são de risco para a desnutrição.

Em contrapartida, assim como no mundo, o Brasil já vem apresentando aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade, sendo essa condição considerada atualmente como um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as faixas etárias (BRASIL, 2020a).

Para finalizar essa breve introdução, destaca-se que a prevenção e o controle dos agravos nutricionais, como a anemia ferropriva, deficiência das vitaminas A e B1, assim como a deficiência de iodo e desnutrição, requerem um conjunto de ações de diversos setores, onde a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) constitui-se uma resposta oportuna para reorganizar, qualificar e aperfeiçoar as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população brasileira.

2 PREVENÇÃO E CONTROLE DA ANEMIA FERROPRIVA

Antes de adentrarmos na patologia, vamos iniciar lembrando a função do ferro? O ferro é um mineral essencial para o organismo e age principalmente na formação de células vermelhas do sangue, no transporte do oxigênio, atuando também função imunológica e no desenvolvimento cognitivo das crianças. Quando há uma deficiência de ferro no organismo, quer seja por falta de ingestão ou alguma alteração na sua absorção, o indivíduo pode desenvolver a anemia ferropriva.

Você sabia que a anemia por deficiência de ferro no organismo é a carência nutricional de maior magnitude no mundo? Este é um problema que atinge países de todas as classes sociais, sendo mais frequente em crianças, mulheres em idade fértil e gestantes, tendo como consequências principais distúrbios psicológicos e comportamentais, redução da capacidade de aprendizagem, constantes infecções devido à debilitação da defesa imunológica e, em situações mais graves, até a morte (MAGALHÃES, 2014). Nesse ínterim, diversos são os fatores reconhecidos como determinantes da anemia, representados no diagrama a seguir.

FIGURA 2 – FATORES DETERMINANTES DA ANEMIA FERROPRIVA EM DIFERENTES FASES DA VIDA



FONTE: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pcan/ferro>>. Acesso em: 19 ago. 2020.

Sabe-se que no Brasil a anemia por deficiência de ferro representa um problema de grande magnitude, acometendo principalmente crianças, mulheres em idade fértil e as gestantes. Em 2006, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) avaliou em nível nacional a prevalência de anemia em crianças e observou que 20,9% das menores de cinco anos apresentam anemia, ou seja, aproximadamente três milhões de crianças brasileiras, sendo que as maiores prevalências foram observadas no Nordeste (25,5%), Sudeste (22,6%) e Sul (21,5%). E em mulheres, a prevalência da anemia é de 29,4%, sendo as maiores incidências observadas nas regiões Nordeste (39%), Sudeste (28,5%) e Sul (24,8). Também,

diversos estudos realizados no país apontam que a mediana da prevalência de anemia em crianças menores de cinco anos é de 50%, chegando a 52% naquelas que frequentavam escolas/creches e 60,2% nas que frequentavam Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2020b).

Ainda de acordo com estimativa realizada em 2008 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a carência de ferro afetou 1,62 bilhões de pessoas no mundo. Em 2010, a Revista de Nutrição de Campinas divulgou, por meio de um estudo de revisão, que 60,2% das crianças menores de cinco anos atendidas em Unidades Básicas de Saúde foram diagnosticadas com anemia (BRASIL, 2020b).

Diante desse panorama, torna-se de extrema importância a adoção de políticas públicas para prevenção e controle da anemia por deficiência de ferro no país. Nesse contexto, o Ministério da Saúde organiza uma série de ações, como as atividades de incentivo à amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida da criança; a promoção da alimentação complementar saudável; a suplementação profilática com ferro para crianças de seis a 24 meses de idade, gestantes e mulheres no pós-parto (MAGALHÃES, 2014).

Em maio de 1999, com o objetivo de reduzir a prevalência da anemia por deficiência de ferro no país, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu o Compromisso Social para a redução da anemia ferropriva no Brasil, definindo bases e mecanismos entre o MS, estados e municípios, para promover ampla mobilização nacional, por intermédio da promoção da alimentação adequada e saudável, da orientação do consumidor para a diversificação de dieta a baixo custo, da distribuição de suplementos na rede de saúde para grupos populacionais específicos e da fortificação das farinhas de trigo e milho e a Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes (vitaminas e minerais) em Pó – NutriSUS – foi lançada como mais uma ação de prevenção da anemia em crianças de 06 a 48 meses (BRASIL, 2020b).

Cabe destacar que desde o ano de 2005, na atenção básica (unidades básicas de saúde), os suplementos de ferro são distribuídos para crianças e gestantes por meio do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

“A Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) orienta que o tratamento da anemia ferropriva já diagnosticada deve ser prescrito de acordo com a conduta clínica definida pelo profissional de saúde responsável, seguindo as diretrizes específicas propostas para cada faixa etária” (MAGALHÃES, 2014, p. 55).



Conheça mais sobre as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para a prevenção da anemia nos programas citados a seguir:

- Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;
- Fortificação das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico;
- Programa Nacional de Suplementação de Ferro – PNSF;
- Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó – NutriSUS.

Link de acesso: <https://aps.saude.gov.br/ape/pcan/ferro>.

FIGURA 3 – MATERIAL DE APOIO DISPONÍVEL NO SITE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Compromisso Social para redução da prevalência da anemia no país
- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
- Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos
- Fatores de risco para anemia em crianças de 6 a 12 meses no Brasil
- Guia da Organização Mundial da Saúde para Suplementação de gestantes com ferro e ácido fólico
- Guia da Organização Mundial da Saúde para Suplementação de crianças pré-escolares e escolares com ferro
- Guia da Organização Mundial da Saúde para o uso de múltiplos micronutrientes em pó para crianças de 06 a 24 meses
- Prevalência global da prevalência da anemia: Dados da Organização Mundial da Saúde
- Pesquisa de Orçamentos Familiares - Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil
- Caderno de Atenção Básica número 20
- Relatório sobre o Workshop sobre fortificação com múltiplos micronutrientes para prevenção de anemia
- Revisão sistemática da segurança e efeito da suplementação pré concepção com ácido fólico
- Recomendação sobre suplementação periconcepcional de ácido fólico na prevenção de DTN
- Efetividade de diferentes estratégias de intervenção com ferro nos níveis de hemoglobina e ferritina em escolares de Teresina, Piauí, Brasil

FONTE: Adaptado de <<https://aps.saude.gov.br/ape/pcan/ferro>>. Acesso em: 19 ago. 2020.



A educação alimentar e nutricional tem papel fundamental na prevenção da anemia ferropriva. Como forma de prevenção, a CGAN estimula o consumo de ferro na alimentação com a ingestão de alimentos habituais com densidade de ferro adequada. O ferro se apresenta em alguns alimentos de origem vegetal e animal, como carnes e vísceras, que são bem absorvidos pelo organismo humano. O ferro contido em ovos, cereais, leguminosas, como feijão, e em hortaliças, como a beterraba, também são aproveitados pelo organismo.

FONTE: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34170-anemia-no-brasil-a-importancia-da-prevencao-e-controle>>. Acesso em: 14 set. 2020.

3 ESTRATÉGIA NACIONAL PARA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL NO SUS – ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL

Aleitamento materno é uma estratégia que previne mortes infantis, promove saúde física, mental e psíquica da criança e da mãe e é recomendado por pelo menos dois anos, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de vida (JONES *et al.*, 2003).

Com objetivo de qualificar o processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica (AB) com relação ao incentivo à promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi lançada em 2012 a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), sendo resultado da integração de duas ações importantes do Ministério da Saúde: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) e estando ligada a políticas e programas já existentes, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a Rede Cegonha, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

Este programa (EAAB) tem como princípio a educação permanente em saúde, com base na metodologia crítico-reflexiva, que ocorre por meio de atividades teóricas e práticas, leituras e discussões de textos, troca de experiências, dinâmicas de grupo, conhecimento da realidade local, sínteses e planos de ação (BRASIL, 2017).

A Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS) e a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS) do Ministério da Saúde, com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, ficaram como representantes responsáveis pela formulação das ações da nova estratégia, buscando contribuir com as iniciativas para a atenção integral da saúde das crianças.

Nesse contexto, as políticas que já existem e contribuem para essa Estratégia são: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Rede Cegonha.

Destacam-se, a seguir, os objetivos descritos na Portaria nº 1.920, de 2013, que instituiu a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil:

- Contribuir para a redução de práticas desestimuladoras da amamentação e alimentação complementar saudável nas UBS, como a propaganda desenfreada de produtos para crianças;
- Influenciar de forma positiva na formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância;
- Auxiliar no aumento da prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva até os seis meses de idade;
- Contribuir com a prevalência de crianças amamentadas até os 2 (dois) anos de idade ou mais, reduzindo ao mesmo tempo a prevalência de crianças que recebem alimentos precocemente.
- Aumentar a prevalência de crianças que consomem frutas, verduras e legumes diariamente;
- Contribuir para a melhora no perfil nutricional das crianças, com a redução de deficiências nutricionais, assim como de baixo peso e de excesso de peso (REDENUTRI, 2016).

Para a efetivação da estratégia nos estados e municípios, esses deverão se organizar para formar os profissionais da atenção básica por meio de duas ações: formação de tutores e oficinas de trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS):

- **Oficina de formação de tutores** – visa qualificar profissionais de referência que serão responsáveis em disseminar a estratégia e realizar oficinas de trabalho nas suas respectivas equipes e UBS. Esses profissionais são os pilares da estratégia e devem apoiar o planejamento, o acompanhamento e/ou fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável nas UBS, de forma contínua. O Ministério da Saúde, desde março de 2013, vem apoiando os estados na formação de tutores para levar a estratégia aos municípios.
- **Oficina de trabalho na UBS** – visa discutir a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável com as equipes das UBS e planejar ações de incentivo à alimentação saudável na infância, de acordo com a realidade local. Essa oficina é o ponto de partida para o desenvolvimento de ações com o objetivo de promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável. Essas oficinas acontecem a

partir de um cronograma firmado entre as UBS e a secretaria de saúde, que em um primeiro momento deve ser de quatro horas, de acordo com a metodologia proposta. Em um segundo momento, uma oficina, com tempo variável de acordo com a necessidade da equipe, deve ser realizada para discutir temas específicos segundo a realidade de cada UBS. Como exemplo dessas discussões estão o manejo do aleitamento materno, prática da alimentação complementar, desenvolvimento infantil, Vigilância Alimentar e Nutricional, entre outros (BRASIL, 2017, s.p.).

4 PREVENÇÃO E CONTROLE DA DEFICIÊNCIA DE IODO

Olá, acadêmico! Você se recorda do micronutriente Iodo? Dos alimentos fontes e suas funções? Se necessário, revise os conteúdos vistos na disciplina de Nutrição Humana. Faremos aqui uma breve revisão.

O iodo é um micronutriente essencial e possui uma única função conhecida no organismo humano, sendo usado na síntese dos hormônios tireoidianos (hormônios produzidos pela tireoide, uma glândula que se localiza na base frontal do pescoço): a triiodotironina (T3) e a tiroxina (T4), hormônios esses que tem papéis importantíssimos, atuando no crescimento físico e neurológico e na manutenção do fluxo normal de energia (metabolismo basal), sendo indispensáveis para o funcionamento de vários órgãos como o coração, fígado, rins, ovários e outros (BRASIL, 2020c).

A deficiência de iodo no organismo pode causar cretinismo em crianças (retardo mental grave e irreversível), surdo-mudez, anomalias congênitas, bem como a manifestação clínica mais visível, o bócio (hipertrofia da glândula tireoide). Tem-se a relação de sua deficiência com altas taxas de natimortos e nascimento de crianças com baixo peso, problemas no período gestacional, bem como aumento do risco de abortos e mortalidade materna.

Além disso, a deficiência desse mineral contribui no aumento do gasto com atendimento em saúde e em educação, já que incrementa as taxas de repetência e evasão escolar, reduz a capacidade para o trabalho, acarretando de maneira direta e/ou indireta em prejuízos socioeconômicos ao país, necessitando que as estratégias sejam permanentes e fundamentalmente preventivas, principalmente quando se destinam às gestantes, nutrizes e crianças menores de dois anos de idade (BRASIL, 2020c).

Devido a isso, desde a década de 1950, tornou-se obrigatória a iodação de todo o sal destinado ao consumo humano. Após cerca de seis décadas de intervenção, observa-se uma redução na prevalência de DDI no Brasil, 20,7% em 1955; 14,1% em 1974; 1,3% em 1994; e 1,4% em 2000, sendo que desde então ocorrem adequações à legislação para atender melhor à população na prevenção dos distúrbios causados pela deficiência de iodo.

O Programa de Combate aos Distúrbios por Deficiência de Iodo no Brasil – Pró Iodo, é uma das ações mais bem-sucedidas no combate aos distúrbios por deficiência de micronutrientes e tem sido elogiado pelos organismos internacionais pela sua condução e resultado obtido na eliminação do bócio endêmico no País. Entre as ações, a iodação universal do sal para consumo humano e o monitoramento e fiscalização das indústrias salineiras são as principais responsáveis pelo sucesso do programa. Para manter a baixa prevalência dos distúrbios causados pela deficiência de iodo, a iodação universal do sal para consumo humano no Brasil deve ser mantida sem exceção (BRASIL, 2020, s.p.).

O Pró-Iodo é um Programa coordenado pelo Ministério da Saúde, em parceria com outros órgãos e entidades, destinado a promover a eliminação virtual sustentável dos DDI. Esse programa apresenta as seguintes linhas de ação: I – monitoramento do teor de iodo do sal para consumo humano; II – monitoramento do impacto da iodação do sal na saúde da população; III – atualização dos parâmetros legais dos teores de iodo do sal destinado ao consumo humano; e IV – implementação contínua de estratégias de informação, educação, comunicação e mobilização social.

Apesar dos avanços citados na prevenção e controle dos DDI aqui no Brasil, há ainda a necessidade de aperfeiçoamento dessas ações, considerando que o constante monitoramento da deficiência de iodo é fundamental para evitar a reincidência deste problema. O continente americano tem alcançado grandes avanços no controle da deficiência de iodo, todavia, há casos de retrocesso em alguns países, justamente pela falta de manutenção dos programas (BRASIL, 2020c).

4.1 ADEQUAÇÃO DA FAIXA DE IODO NO SAL

A OMS recomenda que em países com média de consumo de sal em torno de 10g/dia necessita-se estabelecer uma faixa de iodação de 20 a 40ppm, devendo esta ser ajustada com base nos dados de ingestão do sal e na média de concentração de iodo urinário encontrados na população do respectivo país. No Brasil, o sal comercializado possui entre 15 e 45 mg de iodo a cada quilo de produto, conforme estabelece a Resolução RDC nº 23, de 24 de abril de 2013.

A última Pesquisa de Orçamentos Domiciliares do Ministério da Saúde (2008-2009), apontou que o consumo médio de sal pela população brasileira, está em torno de 8,2g/pessoa/dia, sendo que esta ingestão de sal associada ao sal proveniente de alimentos processados e dos alimentos consumidos fora de casa contribuem para um aumento do consumo de sal na nossa população.

Ressalta-se aqui que as necessidades diárias de iodo variam, em média, de 90 microgramas (mcg) para crianças de 0 a 59 meses, a 150 mcg para crianças a partir de 12 anos e adultos. Entre gestantes, as necessidades são mais altas e chegam a 250 mcg por dia (BRASIL, 2020c).

4.2 TIREOIDITE DE HASHIMOTO

A OMS afirma que a tireoidite de Hashimoto pode ocorrer quando se é exposto ao consumo excessivo de iodo durante cinco a dez anos, quando a ingestão de mais de 300 microgramas (mcg)/dia pode ocasionar doenças autoimunes da tireoide.

E o que é a tireoidite de Hashimoto, você sabe? É uma doença autoimune, caracterizada pela inflamação da tireoide, causada por um erro no sistema imunológico, tendo como principais sintomas fadiga crônica, cansaço fácil e ganho de peso.

Nesse sentido, a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/MS) reuniu todos os membros da Comissão Interinstitucional para Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo em março de 2011, momento de suma importância, quando representantes do Ministério da Saúde, da Anvisa, do Ministério da Educação, da indústria salineira e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), acordaram a revisão da norma atual que contempla a faixa de iodação do sal, com alteração da faixa atual de 20 a 60ppm para a faixa de 15 a 45ppm. A proposta de alteração foi disponibilizada para contribuições por meio da Consulta Pública no 35, no dia 7 de agosto de 2011, permanecendo aberta por 60 dias. As contribuições foram avaliadas e consolidadas no Relatório de análise de contribuições (BRASIL, 2020c).



Para conhecer mais sobre o pró-iodo, consulte as páginas e publicações que tratam do programa:

- Programa nacional garante qualidade do sal consumido no País
- Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN: Deficiência de Iodo
- Boletim Carências Nutricionais – Distúrbios por Deficiência de Iodo – DDI
- Perguntas Frequentes: Sal
- Boletim Informativo da Anvisa: Controle da adição de iodo no sal reduz casos de bócio
- Sal iodado: Proteja a saúde de seus consumidores com sal iodado de qualidade

Link de acesso: <https://aps.saude.gov.br/ape/pcan/iodo>.

5 PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A - PNSA

A vitamina A é um micronutriente indispensável para garantir uma boa visão e hidratação da superfície ocular, bem como a renovação adequada das células que compõem os tecidos do nosso corpo. Assim como a maioria das vitaminas, não é produzida pelo corpo humano, necessitando ser consumida via alimentação. A vitamina A é encontrada em fontes de origem animal (retinol) e vegetal (provitamina A), sendo que entre os alimentos de origem animal, as principais fontes são: leite humano, fígado, gema de ovo e leite, e nos vegetais, na forma de provitamina A é encontrada em folhosos verdes (como espinafre e couve), vegetais amarelos (como abóbora e cenoura) e frutas amarelo alaranjadas (como manga, caju, goiaba, mamão e caqui), além de óleos e frutas oleaginosas (buriti, pupunha, dendê e pequi). Destaca-se que as provitaminas são convertidas em vitamina A ativa e atuam como potentes antioxidantes (BRASIL, 2013).

Essa vitamina, por ser lipossolúvel, é capaz de ser armazenada no fígado, garantindo uma reserva, a ser utilizada na medida em que houver necessidade. Quando essa reserva estiver reduzida e a ingestão dos alimentos que a contém for insuficiente, ocorre a deficiência, que pode se manifestar como deficiência subclínica ou como deficiência clínica (BRASIL, 2013).

A deficiência de vitamina A é descrita como uma das mais importantes deficiências nutricionais dos países em desenvolvimento, sendo que é a principal causa de cegueira evitável, conhecida por xerofthalmia. É definida por problemas no sistema visual, atingindo três estruturas oculares: retina, conjuntiva e córnea, desencadeando a redução da sensibilidade à luz até cegueira, que pode ser parcial ou total.

Após a primeira manifestação, que é a cegueira noturna, constitui-se a deficiência subclínica, uma situação na qual as concentrações dessa vitamina estão baixas, gerando a ocorrência de agravos à saúde, como diarreia e problemas respiratórios, sendo que à medida que as reservas de vitamina A diminuem, as consequências aumentam. Na maioria dos casos, a suplementação com vitamina A pode reverter a condição subclínica e impedir o avanço da deficiência para a forma clínica (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, destaca-se que alguns grupos populacionais necessitam de atenção especial, pois são mais vulneráveis à deficiência de vitamina A, sendo eles: grupos de crianças que passam a receber outros alimentos, além do leite materno, a partir do 6º mês e mulheres que amamentam (nutrizes ou lactantes) necessitam de mais vitamina A para manter a sua saúde.

Uma alimentação equilibrada e variada disponibiliza as quantidades de vitamina A necessárias diariamente nos diferentes ciclos de vida. O leite materno fornece a quantidade de vitamina A que as crianças precisam nos seis primeiros meses de vida quando é oferecido de forma exclusiva. A partir dos seis meses, a alimentação complementar saudável deve ser oferecida, podendo ser constituída

de uma fruta no meio da manhã, uma refeição salgada no almoço e uma fruta no meio da tarde e leite materno em livre demanda, onde as frutas oferecidas à criança, devem preferencialmente ser da estação e possuir vitamina A. É de suma importância que os profissionais de Saúde orientem a família para aumentar o consumo de alimentos que são ricos em vitamina A, principalmente no caso em que as mães não amamentem (BRASIL, 2013).

A suplementação oral de vitamina A constitui-se na estratégia mais eficaz para prover vitamina A em indivíduos com riscos para a deficiência. No Brasil, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi instituído por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005. Consiste na suplementação profilática medicamentosa com megadoses de vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto (antes da alta hospitalar), por não atingir, pela alimentação, a quantidade diária necessária para prevenir a deficiência dessa vitamina no organismo (1). A política de saúde pública atual recomenda que a suplementação seja oferecida para todos os municípios das regiões Norte e Nordeste, e municípios prioritários do Plano Brasil Sem Miséria das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul (2). A composição da megadose de vitamina A distribuída pelo Ministério da Saúde é: vitamina A na forma líquida, diluída em óleo de soja e acrescida de vitamina E. O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A distribui cápsulas em duas dosagens: de 100.000 UI e de 200.000 UI, acondicionadas em frascos. Estes suplementos são distribuídos, gratuitamente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que formam a rede SUS (BRASIL, 2013, s.p.).

Ainda podemos mencionar as medidas importantes para prevenção da deficiência de vitamina A:

- Promoção do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e complementar até 2 anos de idade;
- Promoção da alimentação adequada e saudável;
- Suplementação profilática periódica e regular das crianças de 6 a 59 meses de idade, com megadoses de vitamina A;
- Suplementação profilática com megadoses de vitamina A para mulheres no pós-parto imediato (puérpera), antes da alta hospitalar (BRASIL, 2013).

Os dados citados são reforçados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020), afirmando que a base para a saúde ao longo da vida começa na infância, sendo a vitamina A um componente crucial, assim como o leite materno, que é uma fonte natural de vitamina A, fazendo com que a promoção da amamentação seja a melhor maneira de proteger os bebês da deficiência de vitamina A. Já para as crianças deficientes, o fornecimento periódico de altas doses de vitamina A em intervenções rápidas, simples, de baixo custo e alto benefício produzem resultados notáveis, reduzindo a mortalidade em 23% no geral e em até 50% para quem sofre de sarampo.

De acordo com a OMS (2020), a suplementação entre os seis meses e seis anos de idade pode reduzir a mortalidade infantil geral em um quarto nas áreas de risco para deficiência, todavia, como a amamentação é limitada no tempo e o efeito das cápsulas de suplementação de vitamina A dura apenas 4-6 meses, elas são apenas as etapas iniciais para garantir uma melhor nutrição geral e soluções a longo prazo. Além disso, a fortificação de alimentos acaba assumindo o papel da suplementação, quando essa é finalizada.

Em 1998, a OMS e seus parceiros UNICEF, Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional e a Iniciativa de Micronutrientes, lançaram a Iniciativa Global Vitamina A. Assim como nos últimos anos, a OMS, a UNICEF e outros países apoiaram o fornecimento de suplementos de vitamina A.

No Brasil, a deficiência de vitamina A é um problema de saúde pública moderado, sobretudo, na Região Nordeste e em alguns locais da Região Sudeste e Norte. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) traçou o perfil das crianças menores de cinco anos. Nesta pesquisa foram observados níveis inadequados de vitamina A em 17,4% das crianças, sendo as maiores prevalências encontradas no Nordeste (19,0%) e Sudeste (21,6%) do País.

Evidências científicas referentes ao impacto da suplementação com vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade apontam para redução do risco global de morte em 24%, de mortalidade por diarreia em 28% e mortalidade por todas as causas, em crianças HIV positivo, em 45%. Diante desse impacto positivo, a Organização Mundial da Saúde recomenda a administração de suplementos de vitamina A para prevenir a carência, a xeroftalmia e a cegueira de origem nutricional. Ressalta ainda que a suplementação profilática de vitamina A deve fazer parte de um conjunto de estratégias para melhoria da ingestão desse nutriente, portanto, associado à diversificação da alimentação.

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) foi instituído oficialmente por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, cujo objetivo é reduzir e controlar a hipovitaminose A, a mortalidade e morbidade em crianças de 6 a 59 meses de idade. A partir de 2012 o programa foi expandido para todas as crianças na faixa etária residentes nas Regiões Norte e Nordeste e em diversos municípios das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, além dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Em outubro de 2017 tivemos a implantação do Sistema de Micronutrientes – módulo Vitamina A, no qual o monitoramento do PNSVA deve ser feito pelos municípios (BRASIL, 2020f).

5.1 DISTRIBUIÇÃO DOS SUPLEMENTOS

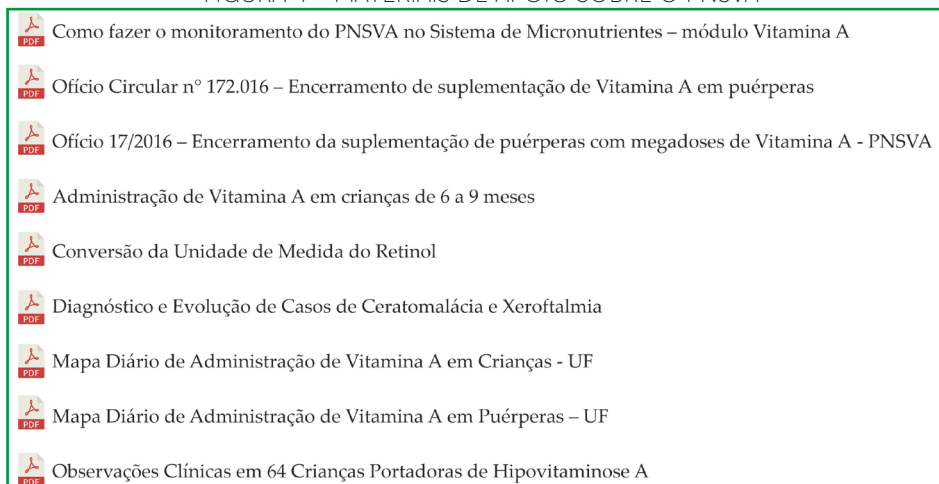
A distribuição da suplementação de vitamina A é realizada de forma universal e gratuita às unidades de saúde que conformam a rede do SUS. A ação do Brasil Carinhoso, em 2012, estendeu o programa para 100% dos municípios da Região Norte e aos municípios do Plano Brasil sem Miséria (BRASIL, 2020f).

5.1.1 Qualificação e implantação

Passo 1: Todas as crianças com idade entre seis meses e cinco anos devem receber os suplementos de vitamina A; **Passo 2:** As equipes de saúde devem identificar e acompanhar o público assistido no programa. Cada município deverá adotar a sua estratégia para a identificação da população que será atendida e rotineiramente acompanhada, podendo ser: • Por demanda espontânea nas unidades de saúde (identificação durante as consultas regulares do crescimento e desenvolvimento infantil e do pré-natal); • Por busca ativa, realizada por meio dos agentes comunitários de saúde, equipe de Saúde da Família; • Em campanhas de vacinação e em maternidades; • Por meio da indicação de parceiros que atuam na prevenção e controle dos distúrbios nutricionais em nível local, por exemplo, os líderes da Pastoral da Criança, entre outros. **Passo 3:** Deve-se verificar, na Caderneta de Saúde da Criança, o registro de administração do suplemento e, caso a criança não tenha tomado, deve-se providenciar a suplementação prontamente. **Passo 4:** Os suplementos de vitamina A devem estar disponíveis em todas as Unidades Básicas de Saúde do município, observando o estoque para evitar o desabastecimento. **Passo 5:** O registro da suplementação com vitamina A na Caderneta de Saúde da Criança e nos formulários de monitoramento do programa é etapa importante a ser observada (BRASIL, 2020f, s.p.).

A administração das megadoses deverão ser informadas no Sistema de Micronutrientes.

FIGURA 4 – MATERIAIS DE APOIO SOBRE O PNSVA



FONTE: Adaptado de <<https://aps.saude.gov.br/ape/pcan/>>. Acesso em: 19 ago. 2020.

6 DESNUTRIÇÃO

A desnutrição é o resultado final de um déficit energético/energético-proteico que corresponde a uma doença de natureza clínico-social multifatorial, em que as raízes se encontram na pobreza. Ocorrendo na primeira infância, é associada à maior mortalidade, recorrência de doenças infecciosas, prejuízos no desenvolvimento psicomotor, menor aproveitamento escolar e menor capacidade produtiva na idade adulta. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a desnutrição nessa faixa etária é um importante problema de saúde pública (MONTEIRO *et al.*, 2009).

Apesar de várias iniciativas, a desnutrição permanece elevada em algumas regiões do País, sobretudo, em municípios de pequeno porte, e em grupos populacionais específicos, como as populações das Regiões Norte e Nordeste. Conforme dados do SISVAN, atualmente há 253 municípios brasileiros com 10% ou mais crianças menores de cinco anos com desnutrição aguda, representando um total de 22.194 crianças (MONTEIRO *et al.*, 2009).

Nesse contexto, nota-se a persistência da desnutrição em um contexto histórico de declínio de sua prevalência, sinalizando a necessidade de maiores investimentos sociais e de atenção qualificada, onde o setor da saúde deve monitorar os casos de desnutrição infantil, promovendo a oferta de cuidados adequados para recuperação dos indivíduos desnutridos.

6.1 PREVENÇÃO E CONTROLE DA DESNUTRIÇÃO

A elaboração de fluxos e procedimentos para o acolhimento adequado às demandas espontâneas e aos casos identificados por busca ativa, no âmbito da atenção básica e em articulação com os demais pontos de atenção, que contemplem a identificação das causas, avaliação e classificação do risco, estabelecimento de Projeto Terapêutico Singular e de articulação com outros setores e políticas sociais, é fundamental para o cuidado integral e resolutivo dessa população vulnerável (BRASIL, 2020d, s.p.).

Outras ações fundamentais para prevenção e controle da desnutrição podem ser implantadas e incorporadas aos fluxos e procedimentos estabelecidos para a atenção às crianças desnutridas nos municípios, as quais incluem:

- A promoção ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses e da alimentação complementar saudável, com continuidade do aleitamento materno até dois anos, fortalecida pela Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, supracitada;
- A prevenção de deficiências nutricionais específicas;
- Acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de cinco anos, com a utilização do SISVAN;
- A promoção e implantação de ações intersetoriais, por meio da Articulação Intersetorial, tendo em vista a determinação multifatorial da desnutrição (BRASIL, 2020d).



Para informações sobre a atenção à criança com desnutrição grave em hospitais, conheça o manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar. Acesse o link: <https://aps.saude.gov.br/ape/pcan/desnutricao>.

Quando se fala em desnutrição, deve-se citar o Programa Bolsa Família (PBF), programa federal de transferência direta de renda às famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza, com a finalidade de promover o acesso da população aos direitos sociais básicos, já que essas famílias possuem maior dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde. Nesse sentido, o objetivo das condicionalidades do Programa é garantir a oferta das ações básicas, potencializando melhoria da qualidade de vida das famílias e sua inclusão social.

Destaca-se que a agenda de saúde do PBF no SUS compreende a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e imunização das crianças menores de sete anos, sendo as mulheres beneficiárias com idade entre 14 e 44 anos e crianças menores de sete anos de idade assistidas por uma equipe de saúde da família, promovendo os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família (BRASIL, 2020f).



NECESSIDADES ALIMENTARES ESPECIAIS

Em todas as fases do curso da vida, ocorrem alterações metabólicas e fisiológicas que causam mudanças nas necessidades alimentares dos indivíduos, assim como um infinito número de patologias e agravos à saúde também pode causar mudanças nas necessidades alimentares. As necessidades alimentares especiais estão referidas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição como as necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que causem mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral). Dessa forma, são exemplos de necessidades alimentares especiais: erros inatos do metabolismo, doença celíaca, HIV/aids, intolerâncias alimentares, alergias alimentares, transtornos alimentares, prematuridade, nefropatias etc. A Rede de Atenção à Saúde deve garantir assistência adequada aos indivíduos portadores de necessidades alimentares especiais, mas a atenção integral a esses indivíduos requer um conjunto de ações que não competem apenas ao SUS. Outros setores públicos, como a assistência social e a educação, e setores privados, especialmente o setor produtivo de alimentos e medicamentos, também têm grande responsabilidade nessa questão. Aqui destacamos informações importantes sobre agravos à saúde que desencadeiam necessidades alimentares especiais para apoiar gestores e profissionais na organização e oferta do cuidado: doença celíaca; HIV/AIDS (BRASIL, 2020d).

Link disponível: <https://aps.saude.gov.br/ape/pcan/necessidades>.

RESUMO DO TÓPICO 2

Neste tópico, você aprendeu que:

- O Brasil possui Programas de Estratégias para Prevenção e Controle dos Distúrbios Nutricionais, considerando a realidade ainda existência em populações mais suscetíveis como crianças indígenas, quilombolas, residentes no Nordeste e em bolsões de pobreza.
- Dentre as principais deficiências e distúrbios nutricionais, ganham destaque a anemia ferropriva, deficiência de vitamina A, deficiência da vitamina B1, desordens do consumo excessivo e deficiência do iodo e desnutrição.
- As ações são realizadas pelo governo de forma conjunta no Ministério da Saúde, unindo os Programas, como é o caso da Política Nacional de Alimentação e Nutrição com o Sistema Único de Saúde.
- O consumo inadequado dos nutrientes causa diferentes distúrbios no organismo, caracterizados pela sua deficiência, como é o caso da Vitamina A e do Ferro, mais presentes na infância.
- Tem-se quantidades já previstas de suplementação por parte da Política Nacional desses micronutrientes.
- As regiões do país que apresentam mais deficiências de micronutrientes são também as regiões de maior pobreza e que apresentam alta incidência de casos de desnutrição.
- A doença da Tireoide de Hashimoto é uma doença autoimune, caracterizada pela inflamação da tireoide, causada por um erro do sistema imunológico.
- Apesar de serem cada vez mais frequentes os casos de sobrepeso e obesidade, a desnutrição crônica ainda é muito presente na população e interfere diretamente nos outros distúrbios nutricionais



- 1 A Organização Mundial da Saúde afirma que a base para a saúde ao longo da vida começa na infância, sendo a vitamina A um componente crucial, assim como o leite materno, que é uma fonte natural dessa vitamina, fazendo com que a promoção da amamentação seja a melhor maneira de proteger os bebês da deficiência de vitamina A. Além disso, considerando o Programa de Suplementação de Vitamina A, podemos mencionar medidas importantes para prevenção da deficiência de vitamina A. Nesse sentido, assinale a alternativa CORRETA que não corresponde as medidas de prevenção da Vitamina A.
 - a) () Promoção do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e complementar até 2 anos de idade.
 - b) () Promoção da alimentação adequada e saudável.
 - c) () Suplementação profilática periódica e regular das crianças de 6 a 59 meses de idade, com megadoses de vitamina A.
 - d) () Suplementação profilática com megadoses de vitamina A para mulheres no pós-parto imediato (puérpera), antes da alta hospitalar.
 - e) () Fortificação das farinhas de trigo e milho e a Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil para crianças de 06 a 48 meses.

- 2 O ferro é um mineral essencial para o organismo e age principalmente na formação de células vermelhas do sangue e no transporte do oxigênio, atuando também na função imunológica e no desenvolvimento cognitivo das crianças. As ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para a prevenção da anemia ferropriva estão envolvidas com os programas citados a seguir, exceto:
 - a) () Promoção da Alimentação Adequada e Saudável.
 - b) () Fortificação das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico.
 - c) () Programa Pró-Iodo.
 - d) () Programa Nacional de Suplementação de Ferro – PNSF.
 - e) () Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó – NutriSUS.

- 3 Em todas as fases da vida ocorrem alterações metabólicas e fisiológicas que causam mudanças nas necessidades alimentares dos indivíduos, assim como um infinito número de patologias e agravos à saúde, que também podem causar mudanças nas necessidades alimentares. As necessidades alimentares especiais estão referidas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição como as necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que causem mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral). Nessas condições, assinale a seguir a alternativa CORRETA com as condições especiais que condizem a essas necessidades referidas no PNAE.

- a) () Desordens neurológicas, TDHA, obesidade, desnutrição crônica.
- b) () Erros inatos do metabolismo, doença celíaca, HIV/aids, intolerâncias alimentares, alergias alimentares, transtornos alimentares, prematuridade e nefropatias.
- c) () Mutações genéticas que alteram a absorção de nutrientes;
- d) () Obesidade mórbida, hiperatividade, crianças não amamentadas no peito;
- e) () Acne, prematuridade, intolerância à lactose.

4 Você sabia que a anemia por deficiência de ferro no organismo é a carência nutricional de maior magnitude no mundo? Disserte sobre a importância desse mineral no organismo, o público mais envolvido por essa deficiência e suas consequências no organismo.

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

1 INTRODUÇÃO

Olá, acadêmico! Seja bem-vindo ao Tópico 3 deste livro didático, onde discutiremos o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Provavelmente, em algum momento, você já ouviu falar desse sistema brasileiro de acompanhamento do estado nutricional da população, principalmente, gestantes, lactantes, crianças.

Nesse contexto, destaca-se que o SISVAN é um sistema direcionado ao atendimento pela atenção básica, com intuito de prevenção e não apenas curativo, como se estrutura a maior parte dos sistemas de saúde, seguindo o direcionamento dos últimos anos, onde se observa uma mudança na orientação dos serviços de saúde, rompendo com a hegemonia do cuidado com ênfase na atenção hospitalar e redirecionando o atendimento para a atenção básica, fazendo com que sejam mais valorizadas as estratégias de promoção e de prevenção em saúde, com objetivo de detectar de forma precoce situações de risco nutricional, derivando na prescrição de ações que possibilitem prevenir agravos à saúde, revertendo o quadro de normalidade quando possível, alcançando com isso, o grau de resolubilidade de ações que reduzam o agravamento da evolução das doenças que demandariam uma atenção de maior complexidade (BRASIL, 2015).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi regulamentado como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 080-P, de 16 de outubro de 1990, do Ministério da Saúde e da Lei nº 8080/ 1990, capítulo I, artigo 6º, inciso IV – Lei Orgânica da Saúde.

Vale ressaltar que, nos últimos anos, com a discussão ampliada em torno da temática da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na gestão, têm-se fortalecido as ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde, findando nas diretrizes estratégicas para a consolidação dessa política, gerando uma ampliação da cobertura do SISVAN para grupos populacionais específicos, assim como a capacitação de profissionais para as ações de VAN (BRASIL, 2007).

Com isso, tornou-se necessária a padronização dos indicadores de diagnóstico do estado nutricional em diferentes fases da vida e as rotinas de monitoramento nutricional com base em critérios epidemiológicos. Viabilizando, assim, a sistematização de protocolos para a avaliação do estado nutricional do

público atendido na rede básica de saúde, os quais se encontram detalhadamente no Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica, disponível na página do Ministério da Saúde (bvsms.saude.gov.br). Nesse local são apresentados os protocolos de atendimento que devem ser aplicados em cada situação nutricional diagnosticada dentro das competências dos profissionais de saúde, incluindo o nutricionista, que atuam na atenção básica (BRASIL, 2015).

2 IMPORTÂNCIA DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Conforme mencionamos anteriormente, a vigilância em saúde tem como objetivo analisar de forma permanente a situação de saúde da população, para com isso, organizar a execução de práticas mais adequadas ao enfrentamento das condições existentes, estando inserida no cotidiano das equipes de Atenção Básica (AB).

Revendo um pouquinho da história, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) compõe a vigilância em saúde, sendo instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 6º.

A VAN compõe uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), sendo essencial para organização e gestão dos cuidados em alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde (RAS), devendo identificar a situação alimentar e nutricional da população atendida pela unidade.

Conforme já visto na unidade anterior, é de suma importância para o monitoramento da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e da promoção da soberania e da segurança alimentar e nutricional, pois essas propostas resultam na análise de indicadores de saúde e nutrição, podendo expressar (in)segurança alimentar e nutricional, fornecendo um panorama aos gestores públicos e às instâncias de controle social e de participação da sociedade civil, as quais a partir de então poderão analisar a situação e construir uma agenda de políticas públicas coerentes com as necessidades da população.

Diante da realidade brasileira que expressa a coexistência de sobrepeso, obesidade, desnutrição e carências de micronutrientes, faz-se de suma importância a presença da VAN nos serviços de saúde, já que possibilitam o monitoramento e a avaliação desses agravos e seus determinantes, bem como tornam possível que a gestão subsidie a elaboração de estratégias de prevenção e de tratamento dos agravos e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de segurança alimentar e nutricional.

Devido a isso, o Marco de Referência da Segurança Alimentar e Nutricional objetiva apoiar os profissionais e gestores na organização da VAN na Atenção Básica, tendo as equipes de AB como um leque de modelagens para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além disso, também são considerados

integrantes das equipes de AB os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Consultórios na Rua, as equipes de Saúde da Família para o atendimento da população ribeirinha e os Programas Saúde na Escola e Academia da Saúde. Esse marco define e esclarece os conceitos e as metodologias da VAN na Atenção Básica (BRASIL, 2015).

Historicamente, os primeiros marcos legais que apoiaram as ações de VAN nos serviços de saúde são da década de 1990, com destaque à Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990, que instituiu o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no Ministério da Saúde; a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que incluiu a vigilância nutricional e a orientação alimentar no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS); e as Portarias nº 79 e nº 80, de 16 de outubro de 1990, com estratégias de apoio técnico e operacional para a prática de VAN e a implementação do SISVAN.

Em 1999, a publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), pela Portaria nº 710, de 10 de junho, ressaltou a preocupação com a vigilância do estado nutricional de gestantes e do crescimento e desenvolvimento das crianças, por meio da terceira diretriz dessa política, ampliando o SISVAN, tendo seus procedimentos agilizados e sua cobertura estendida para todo o País. Já em 2001, a VAN foi incluída na agenda de compromissos das famílias participantes do Programa Nacional de Renda Mínima, vinculado à Saúde (Bolsa Alimentação), sendo que em 2003, com a unificação dos programas setoriais de transferência de renda e a criação do Programa Bolsa Família (PBF), a VAN do público infantil foi reforçada na agenda de compromissos das famílias e dos serviços de saúde, promovendo o aumento de cobertura do acompanhamento do estado nutricional de mulheres e crianças no SISVAN (BRASIL, 2015).

Outra iniciativa marcante para a expansão das ações de VAN ocorreu a partir de 2004, quando o SISVAN passou a ser utilizado no acompanhamento do estado nutricional de indivíduos em todas as fases do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes), sendo ampliado ainda mais com a implantação da primeira versão informatizada do sistema, elaborado para melhorar as funcionalidades do programa, facilitando seu uso em nível local e o registro dos acompanhamentos, o Sisvan Web, que obteve uma versão on-line do sistema lançado em 2008.

Os melhoramentos no SISVAN Web englobaram a incorporação das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a inclusão de ferramentas para a avaliação de marcadores de consumo alimentar para todas as fases do curso da vida, contendo informações provenientes da VAN na rotina dos serviços de saúde, associando a outras fontes, como inquéritos populacionais, chamadas nutricionais, estudos, pesquisas e outros SIS (COUTINHO *et al.*, 2009).

A atualização da PNAN, pela Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011, reforça essa concepção de VAN e destaca sua importância para a organização da atenção nutricional no SUS, indicando, dessa forma, a necessidade de ampliar sua prática historicamente restrita aos públicos biologicamente mais vulneráveis ou aos beneficiários de

programas assistenciais. A Pnan destaca que o Sisvan Web e outros SIS devem ser utilizados para o diagnóstico nutricional da população, reconhecendo as experiências estaduais e municipais de VAN que utilizam SIS próprios, assim como a possibilidade de desenvolvimento de outros sistemas nacionais que incorporem o registro de dados relativos à alimentação e ao estado nutricional dos usuários do SUS. Essa abordagem visa reverter a associação da VAN unicamente à implantação do sistema de informação, a exemplo de outras áreas de vigilância em saúde. O investimento em sistemas de informação não garante, isoladamente, a organização da atenção nutricional e o efetivo acompanhamento da saúde de toda a população. Realizar a VAN significa a utilização efetiva dos dados individuais e coletivos na organização e na avaliação da oferta do cuidado na RAS. Nesse novo cenário, busca-se reforçar que os profissionais atuantes na Atenção Básica e os gestores do SUS reconheçam e implementem a VAN como parte da organização na atenção integral à saúde (BRASIL, 2015, p. 10).

3 MARCO DE REFERÊNCIA DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Serão citadas a seguir as leis e portarias relacionadas às ações da referida vigilância que embasam o Marco de Referência.

Leis:

- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1999: Lei Orgânica do SUS: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.
- Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006: Lei Orgânica de Segurança alimentar e Nutricional (LOSAN): cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada. Destaca-se que o SISAN tem como base, o monitoramento da situação alimentar e nutricional, subsidiando o ciclo de gestão das políticas para a área nas diferentes esferas de governo.

Portarias:

- Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990: Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN e seus objetivos: dentre os quais tem-se – manter o diagnóstico atualizado sobre os problemas da área de alimentação e nutrição que possuem relevância em termos de saúde pública; – identificar as áreas geográficas e grupos populacionais sob risco, verificando tendências de evolução dos problemas identificados; – reunir dados sobre fatores mais relevantes na gênese dos problemas, oferecendo subsídios ao planejamento e à execução de medidas para a melhoria da situação alimentar e nutricional.
- Portaria nº 080-P, de 16 de outubro de 1990: Constitui o Comitê Assessor do SISVAN para oferecer apoio técnico-operacional à implementação do SISVAN.

- Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999: Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), abrangendo a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição, a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, o desenvolvimento de pesquisas e recursos humanos e o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos. A terceira diretriz também é importante espaço da atenção básica para as ações de vigilância, se referindo ao monitoramento da situação alimentar e nutricional.
- Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004: Institui e divulga as orientações básicas para a implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional no âmbito das ações básicas de saúde no SUS, em todo o território nacional.
- Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004: Trata-se de portaria estabelecida entre o Ministério da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Direciona ao setor público de saúde a oferta de serviços para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, da assistência ao pré-natal e ao puerpério, da vacinação, bem como da Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças menores de sete anos.
- Portaria nº 2.608/ GM, de 28 de dezembro de 2005: Define recursos financeiros da vigilância em saúde para incentivar a estruturação de ações de vigilância e prevenção de doenças e de agravos não-transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das capitais brasileiras. Destacam-se as ações que envolvem o estímulo a uma alimentação saudável e à prática de atividade física, a implementação da vigilância de saúde por meio de instrumentos de monitoramento, prevenção e vigilância da morbimortalidade e dos fatores de risco relativos às doenças e agravos não transmissíveis.
- Portaria nº 399/ GM, de 22 de fevereiro de 2006: Contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e 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. Entre as seis prioridades pactuadas, destacam-se a saúde do idoso, a redução da mortalidade infantil e materna e a promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e na alimentação saudável (BRASIL, 2015).

Vistas as leis e portarias que envolvem o SISVAN, vamos seguir verificando os principais itens constituintes nesse marco, que englobam as ações para colocar em prática o acompanhamento da população.

O Brasil tem acompanhado mudanças globais no perfil populacional, onde ocorre a transição epidemiológica, ressaltando a redução na prevalência de doenças transmissíveis e de deficiências nutricionais (ligadas principalmente à pobreza, à falta de saneamento básico e à falta de acesso aos serviços de saúde) e aumento das doenças crônicas e dos agravos não transmissíveis (PAIM *et al.*, 2011; VICTORA *et al.*, 2011; BARRETO *et al.*, 2011; SCHMIDT *et al.*, 2011; IBGE, 2009).

Por sua vez, a transição nutricional está associada às transições demográfica, epidemiológica e alimentar, caracterizando-se por alterações nos hábitos alimentares da população brasileira, com redução do consumo de alimentos tradicionais da dieta (como arroz, feijão e farinha de mandioca) e aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, como refrigerantes, bebidas açucaradas, macarrão instantâneo, biscoitos recheados (IBGE, 2010; MONTEIRO *et al.*, 2000; POPKINS, 1994). Fato que está diretamente relacionado às alterações envolvendo o ganho excessivo de peso e o aumento da incidência de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer (WORLD CANCER RESEARCH, 2007), influenciando de maneira significativa nas condições de crescimento e desenvolvimento e o risco de morbimortalidade da população. Configurando esse programa como ferramenta essencial de gestão, subsidiando o planejamento, a execução e a avaliação de ações em saúde (MONTEIRO *et al.*, 2009).

O aumento da ocorrência da obesidade está associado a fatores sociais, econômicos, ambientais e genéticos, hábitos alimentares inadequados e os comportamentos sedentários. Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008-2009) relataram que 50% dos brasileiros apresentavam excesso de peso, sendo que 12,4% dos homens e 16,9% das mulheres adultas apresentavam obesidade, sendo esta considerada uma epidemia no Brasil (IBGE, 2010). Nesse contexto, ressaltase que os adultos jovens estão sob o risco de obesidade devido ao ganho de peso em excesso na transição da infância ou da adolescência para a fase adulta, sendo os períodos mais críticos para o desenvolvimento da obesidade estão justamente na primeira infância (CONDE; BORGES, 2011).

Guo *et al.* (2002) trazem evidências de que, a partir dos seis anos, uma a cada duas crianças obesas torna-se um adulto obeso e apenas uma a cada dez crianças não obesas alcança o mesmo desfecho quando adulta.

No caso da desnutrição o cenário também é muito preocupante, embora não seja mais tão evidente. Indicadores de alimentação e nutrição indicados pela Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), em 1989, e pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e do Departamento de Atenção Básica Mulher (PNDS), em 1996 e 2006, mostraram expressiva redução na desnutrição infantil.

Todavia, mesmo relatando a queda nacional da desnutrição infantil, ainda persistem desigualdades regionais, de renda e étnico-raciais, como se destaca sempre, a região Norte que tem apresentado menor magnitude na redução da desnutrição nos últimos anos. Assim como, entre as crianças indígenas, onde

o déficit de estatura em 2008-2009 era de 26% (CONSEA, 2010), já entre os quilombolas, essa chega a 15% (BRASIL, 2007) e em crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, foi reduzida de 16,8% para 14,5% entre os anos de 2008 e 2012 (LIMA, 2013).

Esse cenário ambíguo, do aumento da obesidade e pequena redução ou estagnação da desnutrição demonstra ser fundamental a realização do acompanhamento do estado nutricional e das práticas alimentares de forma constante e sistemática, com intuito de obter dados que possibilitam o planejamento e o desenvolvimento de políticas focadas na melhoria do perfil epidemiológico e de saúde da população.

Nesse contexto, ressalta-se que a “VAN subsidia o planejamento da atenção nutricional e das ações de promoção da saúde e alimentação adequada e saudável no SUS, contribuindo para a qualificação do cuidado na Atenção Básica” (BRASIL, 2015. p.13). Apoiando os profissionais de saúde no diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais e levantamento de marcadores de consumo alimentar, possibilitando ações individuais (como acompanhamento clínico adequado) e/ou coletivas (como oficinas culinárias, entre outras), ficando evidente a necessidade do fortalecimento da atitude de vigilância, a qual deve ser realizada por estratégias de diferentes escalas, associando as informações provenientes dos serviços de saúde e de outras fontes, conforme já mencionado, os inquéritos populacionais, chamadas nutricionais, demais produções científicas e outros SIS (BRASIL, 2015).

4 ORIENTAÇÕES PARA A COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A coleta de dados é a etapa que se refere à obtenção de dados que geram informações sobre o estado nutricional e as práticas alimentares, já que é recomendado que na Atenção Básica realizem-se avaliações antropométrica e de consumo alimentar de indivíduos em todas as fases do curso da vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

Nesse contexto, para que a avaliação antropométrica seja efetivada de forma correta, deve-se observar a aplicação correta do método, bem como ter disponível os equipamentos adequados e um ambiente apropriado (BRASIL, 2015).



Como referência para a avaliação antropométrica, consulte a Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, disponível no link: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf, e os Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, disponíveis no link: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MT14Ng==>.

FIGURA 5 – MATERIAIS DE APOIO ÀS AÇÕES DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL



FONTE: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_sisvan.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2020.

Vamos destacar aqui as informações mais importantes referentes a esses e demais procedimentos para coleta de dados.

Ressalta-se nesse íterim a necessidade de contar com profissionais aptos à aferição de medidas antropométricas, cordialidade e ética no trato com as pessoas, considerando que as avaliações devem ocorrer em locais reservados, bem como as informações coletadas não podem ser expostas a terceiros, além dos profissionais oferecerem as informações em relação aos dados coletados.

Além dos dados antropométricos, é de suma importância o acompanhamento nutricional por meio da avaliação do consumo alimentar, onde serão analisados aspectos relacionados ao acesso e à disponibilidade dos alimentos, fatores biológicos, psicológicos, econômicos e socioculturais relacionados à alimentação. A partir destes dados será possível observar características específicas das populações dos referidos territórios, como hábitos e tradições alimentares (BRASIL, 2015).

A avaliação de marcadores do consumo alimentar é composta por formulários que simplificam a coleta de dados e a análise das informações obtidas no momento do atendimento individual. A identificação de características da alimentação de determinado grupo possibilita o planejamento de ações no âmbito coletivo. Seu objetivo é ser uma ferramenta útil e prática para apoiar as equipes de AB na identificação de inadequações na alimentação e oferta de subsídios para orientações que promovam uma alimentação adequada e saudável.

Os formulários supracitados são três: o primeiro destinado a crianças menores de seis meses; o segundo destinado a crianças de seis a 23 meses; o terceiro destinado a indivíduos com dois anos ou mais. E apresentam como característica a avaliação de alimentos consumidos no dia anterior à avaliação, reduzindo possíveis vieses de memória, como o esquecimento referente à alimentação anterior.

O formulário com as questões trazidas sobre menores de seis meses orienta a captação de dados que englobam o aleitamento materno e a introdução precoce de outros alimentos, por sua vez, as questões destinadas a crianças de seis a 23 meses visa à caracterização da introdução de alimentos e a identificação de marcadores de risco ou proteção para a carência de micronutrientes (vitaminas e minerais), assim como a ocorrência de excesso de peso. Por fim, o formulário destinado à avaliação da alimentação de indivíduos com 2 anos de idade ou mais (o que inclui crianças de dois a nove anos, adolescentes, adultos, idosos e gestantes) busca identificar marcadores de consumo de alimentos e bebidas e práticas relacionadas ao ato de comer, como a realização de refeições assistindo à televisão, mexendo no computador e/ou no celular (BRASIL, 2015).

Essa avaliação dos dados antropométricos e do consumo alimentar deve refletir no acompanhamento dos indivíduos e as equipes de AB devem reconhecer o seu importante papel na promoção da saúde e da alimentação saudável.

Posterior à coleta correta dos dados, faz-se necessário seguir com o adequado registro, seja este realizado na caderneta de acompanhamento do usuário, no prontuário adotado pela unidade de saúde, no sistema de informação vigente ou ainda em outro instrumento destinado ao registro dos dados, pois irão subsidiar o trabalho das equipes de AB, devendo acompanhar o calendário mínimo de consultas para a assistência à saúde (MS), , sendo este representando pela periodicidade de 15 dias, 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses até 2 anos e posterior, no mínimo 1 registro por ano.

Nesse contexto, é reforçado que a análise da situação de saúde deve acontecer de maneira abrangente, tanto na condição individual, quanto coletiva, tornando indispensável que, ao identificar um caso de desvio nutricional, a equipe da AB investigue os fatores de risco associados a essa condição, como por exemplo: hábitos alimentares e prática de atividade física irregular, presença ou ausência de doenças ou agravos à saúde, situações de violência, negligência, abandono, entre outros.

A avaliação antropométrica, referente à avaliação do peso (massa corporal), da estatura e dos perímetros da cintura e da panturrilha, são associadas para a formação de índices com diferentes finalidades, dependendo da fase da vida, conforme descrito no Quadro 2.

QUADRO 2 – PARÂMETROS PARA A AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA SEGUNDO A FASE DO CURSO DA VIDA

Fases do Curso de Vida	Índices e Parâmetros
Crianças menores de 5 anos	IMC para idade Estatura para idade Peso para estatura Peso para idade
Crianças de 5 a 9 anos	IMC para idade Estatura para idade Peso para idade
Adolescentes (10 a 19 anos)	IMC para idade Estatura para idade
Gestantes	IMC por idade gestacional
Adultos (20 a 59 anos)	IMC e perímetro da cintura
Idosos (60 anos ou mais)	IMC para idoso e perímetro da panturrilha

FONTE: BRASIL (2011, p. 36)

Com isso, é fundamental que sejam organizadas ações de saúde para grupos elencados como prioritários, como exemplo, o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, que pode ocorrer durante as ofertas de cuidado já disponíveis na Atenção Básica, como as consultas de pré-natal e de puericultura e as ações no âmbito do Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2015).

A seguir estão listadas variações que podem ser empregadas para crianças ou adolescentes e a interpretação do seu resultado, que deve considerar as especificidades de cada um deles, conforme a seguinte descrição (WHO, 2008):

Peso para Idade: expressa a relação existente entre a massa corporal e a idade. Este índice é amplamente utilizado para avaliar a desnutrição, porém o déficit de peso para a idade observado pontualmente não determina se o quadro é recente ou de longo prazo. Por desconsiderar o comprimento/altura, é necessário que a avaliação seja complementada por outro índice antropométrico. **Estatuta para Idade:** indica o crescimento linear, apresentando-se como o índice que reflete os efeitos cumulativos da situação de saúde e nutrição em longo prazo, ou seja, o déficit neste índice deve ser interpretado como uma condição crônica. **Peso para Estatuta:** expressa a harmonia entre as dimensões de massa corporal e altura/comprimento. Mostra tanto o excesso quanto o déficit de peso para determinada estatuta, sendo sensível às alterações nas variáveis que o compõem. É um índice muito útil quando não se sabe a idade da criança. **Índice de massa corporal (IMC) para Idade:** expressa a relação entre a massa corporal (em quilos) e o comprimento/altura (em metros), sendo utilizado, principalmente, para identificar o excesso de peso (BRASIL, 2015, p. 23).

Por sua vez, o perímetro da cintura é um indicador para o risco de doenças metabólicas, representando uma medida alternativa que reflete a adiposidade abdominal, situação associada a uma série de anormalidades metabólicas, como a redução da tolerância à glicose, a redução da sensibilidade à insulina e a desregulação do perfil lipídico, fatores de risco já bem descritos para diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares.

No caso dos idosos, além do IMC, deve-se avaliar a antropometria com o perímetro da panturrilha, que é uma medida mais sensível para a avaliação da massa muscular, todavia, não deve ser utilizado como indicador isolado de avaliação do estado nutricional em idosos (OMS, 1995). Referente ao IMC, poderá dar subsídio para identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade e, com a análise da presença ou não de comorbidades, permite a decisão de quais cuidados devem ser ofertados no âmbito da Atenção Básica e qual será a necessidade de acionar serviços de atenção especializada para a oferta de outros cuidados.

O que permite a reafirmação de que a classificação do estado nutricional por meio dos índices antropométricos durante o atendimento na UBS ou no domicílio, é um dos subsídios para o diagnóstico do estado de saúde do indivíduo, permitindo aos profissionais tomar decisões referentes ao cuidado a ser ofertado, como a solicitação de exames complementares, agendamento de visita domiciliar para melhor avaliação de aspectos relativos às condições de vida, o compartilhamento do caso com outros profissionais, orientações básicas sobre alimentação adequada e saudável, entre outros.

Conforme mencionado anteriormente, a classificação do estado nutricional pode ser realizada individualmente por meio da utilização das referências disponíveis na Norma Técnica do SISVAN e dos gráficos disponíveis nas cadernetas da criança, do adolescente, do idoso e das gestantes ou pela inserção no sistema de informação vigente.

Para finalizar, cabe destacar que a realização da VAN deve ser pautada em outros processos na agenda local de saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), contribuindo para que a discussão do tema alimentação e nutrição possibilite o desenvolvimento das ações para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Assim, o diagnóstico gerado será um potente instrumento para a tomada de decisão além da Saúde, também para o planejamento intersetorial para adequação de políticas e estratégias (BRASIL, 2015).

LEITURA COMPLEMENTAR

COMO APOIAR A VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL?

Faz-se necessário promover condições para que a VAN aconteça e faça sentido para profissionais e gestores. Entre essas condições, pode-se citar a garantia de infraestrutura adequada e a qualificação e motivação dos profissionais de saúde para exercer a atitude de vigilância em suas práticas cotidianas.

A PNAB (BRASIL, 2012b) trata sobre a infraestrutura e o funcionamento dos estabelecimentos de Atenção Básica, sendo importante que os gestores adotem as providências necessárias para adequar os serviços conforme essas recomendações. Dentre os aspectos da infraestrutura que se relacionam à prática da VAN, destaca-se a necessidade de local apropriado para a realização da avaliação antropométrica e de marcadores do consumo alimentar na UBS, este devendo proporcionar atenção acolhedora e humana, garantindo a privacidade para profissionais de saúde e usuários.

É importante que as equipes de AB participem ativamente do planejamento de todas as etapas que antecedem o Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado propriamente dito, sendo fundamental que haja o diálogo entre profissionais e gestores de saúde, objetivando as melhores escolhas para organização da VAN na Atenção Básica, considerando os diferentes espaços para a oferta desse cuidado e a disponibilidade de todos os instrumentos identificados por estes como imprescindíveis para a ação.

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo estratégias com as secretarias estaduais e municipais de saúde para o aprimoramento da atenção à saúde no SUS. A exemplo disso tem-se o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que apresenta como principal compromisso o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de iniciativas capazes de enfrentar os desafios impostos pelas diferentes realidades dos territórios. O Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011, o incentivo financeiro destinado a polos do Programa Academia da Saúde e UBS com equipes de AB, com adesão ao PMAQ-AB, para aquisição de equipamentos antropométricos. A medida parte da necessidade de ampliar e qualificar as ações de VAN, promovendo condições adequadas para o diagnóstico nutricional individual e coletivo. Em contraparte, é importante que estados e municípios possam realizar o levantamento do que é necessário para a qualificação da VAN em nível local, atentando tanto para os recursos materiais quanto para os relacionados com o processo de trabalho dos profissionais envolvidos.

O planejamento de atividades das equipes de AB deve incorporar momentos para discussão de casos e de aprimoramento de técnicas de antropometria e de avaliação do consumo alimentar. De modo geral, os procedimentos de aferição antropométrica são considerados como atividade de rotina na Atenção Básica

podendo ser realizados por qualquer profissional com conhecimento da técnica. Recomenda-se que todos os profissionais de nível técnico e superior que atuem em ações de VAN sejam capacitados a fim de realizar antropometria. Os que já desenvolvem essa atividade em sua rotina, como nutricionistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros, devem ser convidados a participar de momentos de formação de modo que se sintam valorizados pelo importante papel que desempenham para o fortalecimento das ações que já executam.

Recomenda-se que a atividade de formação em VAN dos profissionais englobe atividades teóricas e práticas e contemple, minimamente, os seguintes temas:

- I. A importância da Vigilância Alimentar e Nutricional no cuidado e na gestão em saúde.
- II. Método antropométrico.
- III. Avaliação dos marcadores de consumo alimentar.
- IV. Registro de dados em prontuários, formulários, cadernetas de acompanhamento de saúde e sistemas de informação.
- V. Avaliação do estado nutricional individual e coletivo.

A contribuição de pesquisas e análises sobre fatores direta ou indiretamente relacionados com as condições de saúde da população – como o comportamento alimentar em alguma região ou a prevalência e a magnitude de determinado agravo nutricional em nível local – tem proporcionado importantes avaliações sobre a implantação e efetividade de políticas ou práticas adotadas pelos municípios. Nesse sentido, é importante que gestores e profissionais do SUS incentivem e apoiem a realização de pesquisas relacionadas à VAN, entendendo-as como importantes contribuições para a análise e o aprimoramento das práticas nos serviços de saúde.

FONTE: Adaptado de <BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p. 39>.

RESUMO DO TÓPICO 3

Neste tópico, você aprendeu que:

- Para chegar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional que temos hoje, houve uma construção histórica, política e social de suma importância, que possibilitaram chegarmos na qualidade prestada hoje pelos Programas estabelecidos na área da alimentação.
- Diferentes Leis e Portarias organizaram e organizam o funcionamento do SISVAN e conseqüentemente constituem o Marco de Referência do Sistema de Vigilância e Alimentar.
- Os profissionais da saúde são indispensáveis ao cumprimento das leis do SISVAN.
- Deve ser realizada a coleta dos dados antropométricos e do questionário sobre consumo alimentar de forma sistemática dos serviços de saúde.
- É de suma importância que os dados sejam coletados de forma correta, bem como registro por parte das Unidades de Atenção Básica para a delimitação das ações a serem tomadas no território de cada localidade.
- Dependendo da faixa etária da população atendida as variáveis a serem avaliadas são diferentes.



Ficou alguma dúvida? Construímos uma trilha de aprendizagem pensando em facilitar sua compreensão. Acesse o QR Code, que levará ao AVA, e veja as novidades que preparamos para seu estudo.





1 A avaliação antropométrica, realizada para acompanhamento da população descrita no Marco de Referência do Sistema de Vigilância Alimentar, se refere à avaliação do peso (massa corporal), da estatura e dos perímetros da cintura e da panturrilha, parâmetros associados para a formação de índices com diferentes finalidades, dependendo da fase da vida. Considerando essa afirmativa, assinale a alternativa CORRETA que corresponde às variáveis para crianças menores de 5 anos:

- a) () IMC/idade; Estatura/idade; Peso/idade; Peso/estatura.
- b) () IMC/idade; circunferência da panturrilha e da cintura.
- c) () Estatura/idade; Peso/idade; Estatura/peso; Peso/estatura.
- d) () IMC/peso; Estatura/idade; Peso/idade; Peso/estatura.
- e) () Circunferência da cintura; Peso/idade; Peso/estatura; IMC/idade.

2 Complete a frase a seguir:

SISVAN é um sistema direcionado ao atendimento pela _____, com intuito de _____ e não apenas curativo, como se estrutura a maior parte dos sistemas de saúde, seguindo o direcionamento dos últimos anos, onde têm-se observado uma mudança na orientação dos serviços de saúde, rompendo com a _____ do cuidado com ênfase na atenção hospitalar e redirecionando o atendimento para a atenção básica. Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA de palavras que contemplam a frase:

- a) () atenção de média complexidade, promoção, democracia
- b) () atenção hospitalar, prevenção, hegemonia
- c) () atenção básica, prevenção, hegemonia
- d) () atenção básica, atenção hospitalar, promoção
- e) () atenção básica, tratamento, hegemonia

3 A avaliação antropométrica, referente à avaliação do peso (massa corporal), da estatura e dos perímetros da cintura e da panturrilha, são associadas para a formação de índices com diferentes finalidades, dependendo da fase da vida. Com isso, é fundamental que sejam organizadas ações de saúde para grupos elencados como prioritários, como o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, que pode ocorrer durante as ofertas de cuidado já disponíveis na Atenção Básica, como as consultas de pré-natal e de puericultura e as ações no âmbito do Programa Saúde na Escola. Tem-se variações que podem ser empregadas para avaliar o estado nutricional de crianças ou adolescentes e que, consequentemente, permitem a interpretação do seu resultado, sendo que devem ser considerar as especificidades de cada um deles. Nesse contexto, conforme descrição da WHO (2008), assinale a alternativa CORRETA que se refere à variável de análise peso para idade:

- a) () Expressa a relação existente entre o peso e a idade. Este índice é amplamente utilizado para avaliar a desnutrição, já que o déficit determina se o quadro é recente ou de longo prazo. Considera também o comprimento/altura, sendo necessário que a avaliação seja complementada por outro índice antropométrico.
 - b) () Indica o crescimento linear, apresentando-se como o índice que reflete os efeitos cumulativos da situação de saúde e nutrição em longo prazo, ou seja, o déficit neste índice deve ser interpretado como uma condição crônica.
 - c) () Expressa a harmonia entre as dimensões de massa corporal e altura/comprimento. Mostra tanto o excesso quanto o déficit de peso para determinada estatura, sendo sensível às alterações nas variáveis que o compõem. É um índice muito útil quando não se sabe a idade da criança.
 - d) () Expressa a relação entre a massa corporal (em quilos) e o comprimento/altura (em metros), sendo utilizado, principalmente, para identificar o excesso de peso.
 - e) () Expressa a relação existente entre a massa corporal e a idade. Este índice é amplamente utilizado para avaliar a desnutrição, porém o déficit de peso para a idade observado pontualmente não determina se o quadro é recente ou de longo prazo. Por desconsiderar o comprimento/altura, é necessário que a avaliação seja complementada por outro índice antropométrico.
- 4 O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi regulamentado como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 080-P, de 16 de outubro de 1990, do Ministério da Saúde e da Lei nº 8080/1990, capítulo I, artigo 6º, inciso IV – Lei Orgânica da Saúde. Têm-se fortalecido com as ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde, findando nas diretrizes estratégicas para consolidação, gerando uma ampliação de sua cobertura para grupos populacionais específicos, assim como a capacitação de profissionais para essas ações. Nesse sentido, disserta sobre o objetivo e diferencial desse sistema dentro dos programas organizados pelo governo.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. L. *et al.* Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **The Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9780, p. 1877-1889, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Chamada nutricional quilombola 2006**: sumário executivo. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Vitamina A mais. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_condutas_suplementacao_vitamina_a.pdf. Acesso em: 21 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária da Saúde. **Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. 2017. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pcan>. Acesso em: 25 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária da Saúde. **Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais**. 2020a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pcan>. Acesso em: 25 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária da Saúde. Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais. **Deficiência de ferro**. 2020b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pcan/ferro>. Acesso em: 25 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária da Saúde. Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais. **Deficiência de iodo**. 2020c. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pcan/iodo>. Acesso em: 25 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária da Saúde. Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais. **Desnutrição**. 2020d. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pcan/desnutricao>. Acesso em: 25 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária da Saúde. Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais. **Necessidades Alimentares Especiais**. 2020e. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pcan/necessidades>. Acesso em: 25 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária da Saúde. Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais. **Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. 2020f. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/vitaminaA>. Acesso em: 25 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança? PNDS 2006**. Brasília, DF: MS, 2006.

BVS APS Atenção Primária à Saúde. Segunda Opinião Formativa. **Há benefício em suplementar com megadoses de vitamina A crianças entre 12 a 59 meses beneficiárias do Bolsa Família?** 2014. Disponível em: <http://aps.bvs.br/aps/ha-beneficio-em-suplementar-com-megadoses-de-vitamina-a-criancas-entre-12-a-59-meses-beneficiarias-do-bolsa-familia/>. Acesso em: 21 maio 2020.

CONDE, W. M.; BORGES, C. The risk of incidence and persistence of obesity among Brazilian adults according to their nutritional status at the end of adolescence. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 71-79, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CONSEA). A segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada no Brasil – indicadores e monitoramento: da Constituição de 1988 aos dias atuais. Brasília, 2010.

COUTINHO, J. G. *et al.* A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 4, dez. 2009.

FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO (FNDE). Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). **Sobre o PNAE**. 2017. Disponível em: <https://www.fnde.gov.br/programas/pnae>. Acesso em: 5 maio 2020.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**: estudos e pesquisas de informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009**: antropometria e análise do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

GUO, S. S. *et al.* Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 76, n. 3, p. 653, 2002.

JONES, G.; STEKETEE, R. W.; BLACK, R. E.; BHUTTA, Z. A.; MORRIS, S. S.; Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet** v. 362, p. 65-71, 2003.

LIMA, A. M. C. **O desempenho do setor Saúde no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família: a intersectorialidade em ação.** 2013. Dissertação (Mestrado) – Fiocruz, Brasília, 2013.

MAGALHÃES, B. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. **Anemia no Brasil – a importância na prevenção e controle.** 2014. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34170-anemia-no-brasil-a-importancia-da-prevencao-e-controle>. Acesso em: 15 maio 2020.

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

MONTEIRO, C. A. et al. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000. p. 247-255.

REDE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (REDENUTRI). **Você conhece a estratégia amamenta e alimenta Brasil?** 2016. Disponível em: http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=1710. Acesso em: 28 maio 2020.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances and challenges. **The Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797. 2011.

POPKINS, B. M. The nutrition transition in low income countries: an emerging crisis. **Nutrition Reviews**, [S.l.], v. 52, p. 285-298, 1994.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9781, p. 1949-1961. 2011.

VICTORA, G. C. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9780, p. 1863-1876. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Nutrição. **Deficiência de vitamina A.** 2020. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/topics/vad/en/>. Acesso em: 20 de maio 2020.

WORLD CANCER RESEARCH FUND. AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. **Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a Global Perspective.** Washington, DC: AICR, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry.** Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).