



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Kelly Poliany de Souza Alves

Entre a transição institucional e a transição nutricional: descortinando a trajetória da Nutrição em Saúde Pública à Atenção Nutricional no Sistema Único de Saúde.

Rio de Janeiro

2019

Kelly Poliany de Souza Alves

**Entre a transição institucional e a transição nutricional: descortinando a trajetória da
Nutrição em Saúde Pública à Atenção Nutricional no Sistema Único de Saúde.**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, planejamento e administração em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

A474 Alves, Kelly Poliany de Souza

Entre a transição institucional e a transição nutricional: descortinando a trajetória da Nutrição em Saúde Pública à Atenção Nutricional no Sistema Único de Saúde / Kelly Poliany de Souza – 2019.

226 f.

Orientador: Ruben Araujo de Mattos

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Nutrição em saúde pública – Teses. 2. Políticas públicas de saúde – Teses. 3. Sistema Único de Saúde – Teses. 4. Gestão em saúde – Teses. 5. Programas e políticas de alimentação e nutrição – Teses. 6. Sistema Único de Saúde – Teses. I. Mattos, Ruben Araujo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 612.39(81)

Bibliotecária: Joice Soltosky Cunha – CRB 7 5946

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Kelly Poliany de Souza Alves

**Entre a transição institucional e a transição nutricional: descortinando a trajetória da
Nutrição em Saúde Pública à Atenção Nutricional no Sistema Único de Saúde**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, planejamento e administração em saúde.

Aprovada em 03 de junho de 2019.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos - Orientador
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Elaine Teixeira Rabello
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Luciene Burlandy Campos de Alcântara
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

A todas as mulheres que fizeram e fazem as Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil, em especial aquelas que ficaram à sombra dos homens e desapareceram ou não receberam o devido reconhecimento nas narrativas produzidas e as que enfrentaram o desafio de ser gestora da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Ministério da Saúde.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José e Inêz, meus maiores apoiadores, que mesmo sem entender bem as minhas escolhas, sempre me encorajaram a abrir minhas asas e voar cada vez mais longe e mais alto.

A minha irmã Cris, minha grande amiga, que me amparou nos momentos de maior apertado durante os anos do doutorado, e nesse período ainda me presenteou com duas lindas sobrinhas, Alice e Clara.

Ao meu (des) orientador, prof Ruben Mattos, por ter acolhido minha proposta de estudo, ter acompanhado e apoiado as mudanças do meu objeto e ter confiado na minha capacidade de desenvolver a pesquisa. Não foi fácil lidar com seu jeito de conduzir o processo de orientação e seguir seu convite para produzir conhecimento a partir da perspectiva construcionista. Mas, hoje não imagino ter conseguido viver essa aventura se tivesse seguido por outro caminho e sem você, meu professor de espantos. Sinto que conseguiu me fazer brotar como sua aluna fonte.

As companheiras de (des)orientação, Gabriele Carvalho e Camila Maranha, pela solidariedade na construção de novos caminhos para produção de conhecimentos no encontro da alimentação e nutrição com a saúde coletiva, e pelo acolhimento essencial em momentos de tensão na vida doutoranda.

A amiga e colega doutoranda Alessandra Aniceto. Seu companheirismo, generosidade e paciência foram alentos e recarga de energia para lidar com as controvérsias e paradoxos que nos afligiram no território do IMS/UERJ.

Às professoras Elaine Rabello, Tatiana Wargas, Luciene Burlandy e Rosana Salles e aos professores Martinho Braga e André Mendonça pelo aceite em participar da banca de avaliação da minha tese.

A Universidade do Estado do Rio de Janeiro, especialmente aos colegas estudantes, corpo docente e técnico do Instituto de Medicina Social.

A todos os sujeitos que colaboraram com o estudo dedicando parte do seu tempo a compartilhar comigo suas memórias sobre a trajetória que decidi estudar.

A amiga Carol Feldenheimer, por ter me apresentado os bastidores da gestão federal da PNAN, plantando a sementinha para o desenvolvimento desse estudo.

Ao meu companheiro, Márcio Ribeiro, que mais uma vez foi compreensivo e me apoiou para que eu continuasse a minha trajetória acadêmica.

Aos amigos Luiz Montenegro e Ana Alice Taborda, pelas conversas terapêuticas para abrandar os sofrimentos da vida de pós-graduandos.

A todos os pesquisadores que estudaram ou estudam as trajetórias de políticas, instituições e sujeitos ocupantes de funções públicas, em especial da área de alimentação e nutrição, pois suas produções são verdadeiros tesouros para quem decidi enveredar por este tipo de pesquisa.

A todos os profissionais que se dedicam a cuidar dos acervos institucionais, em especial aqueles que disponibilizaram verdadeiros documentos-relíquias em plataformas digitais permitindo às novas gerações conhecer detalhes da nossa história.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro para realização do doutorado.

O que foi feito, amigo
De tudo que a gente sonhou?
O que foi feito da vida?
O que foi feito do amor?

Aquele verso, menino
Que escrevi há tantos anos atrás

Falo assim sem saudade
Falo assim por saber
Se muito vale o já feito
Mais vale o que será
E o que foi feito é preciso conhecer
Para melhor prosseguir
Falo assim sem tristeza
Falo por acreditar
Que é cobrando o que fomos
Que nós iremos crescer
Outros outubros virão
Outras manhãs
Plenas de sol e de luz
[...]

O que foi feito deverá (de Vera) - Compositores: Fernando Brant, Milton Nascimento e Marcio Borges, 1978.

RESUMO

ALVES, Kelly Poliany de Souza. *Entre a transição institucional e a transição nutricional: descortinando a trajetória da Nutrição em Saúde Pública à Atenção Nutricional no Sistema Único de Saúde*. 2019. 226 folhas. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O propósito deste estudo foi analisar a trajetória institucional da área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde, buscando identificar possíveis avanços, resistências e impasses para a organização da Atenção Nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da gestão federal. Para o desenvolvimento da pesquisa, partimos da perspectiva construcionista de produção de conhecimento e de contribuições da Teoria Ator-Rede para construir uma trilha de estudo que incluiu: um trajeto de exploração de documentos institucionais do Ministério da Saúde e de atos legislativos emitidos no âmbito federal, além de bibliografia já produzida por outros autores acerca do tema em questão; e um trajeto com sujeitos, com a realização de entrevistas semiestruturadas com informantes-chave que vivenciaram ou acompanharam a trajetória institucional da área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde após a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) em 1997 e até a publicação da segunda versão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) em 2011. Na análise, buscou-se descortinar as condições de possibilidades nos tempos políticos da gestão federal em que se propuseram e/ou se desenvolveram programas e políticas de alimentação e nutrição a serem implantados nos serviços de saúde pública (antes de 1988) e na rede de serviços do SUS. Apresentam-se as características destes programas e políticas apontando continuidades, rupturas, semelhanças e diferenças, bem como suas repercussões na trajetória institucional da área no Ministério da Saúde. Por fim, discutem-se perspectivas da implementação da diretriz da PNAN sobre organização da atenção nutricional no SUS.

Palavras-chave: Nutrição em saúde pública. Atenção nutricional. Políticas de alimentação e nutrição. Transição institucional. Sistema Único de Saúde. Atenção integral à saúde.

ABSTRACT

ALVES, Kelly Poliany de Souza. *Between the institutional transition and the nutritional transition: unveiling the path of Nutrition in Public Health to Nutrition Care in the Unified Health System*. 226 folhas. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The purpose of this study was to analyze the institutional trajectory of the food and nutrition area in the Ministry of Health, seeking to identify possible advances, resistance and impasses for the organization of Nutrition Assistance in the Unified Health System (SUS) from the federal administration. For the development of the research, we started with the constructionist perspective of knowledge production and the contributions of the Actor-Network Theory to build a study trail that included: a route of exploration of institutional documents of the Ministry of Health and of legislative acts issued at the federal level, besides bibliography already produced by other authors on the subject in question; with semi-structured interviews with key informants who lived or followed the institutional trajectory of the food and nutrition area of the Ministry of Health after the end of the National Institute of Food and Nutrition (INAN) in 1997 and until the publication of the second version of the National Food and Nutrition Policy (PNAN) in 2011. In the analysis, we sought to uncover the conditions of possibilities in the political times of federal management in which food and nutrition programs and policies were proposed and / or developed. to be implemented in the public health services (before 1988) and in SUS's service network. We present the characteristics of these programs and policies, pointing out continuities, ruptures, similarities and differences, as well as its repercussions on the institutional trajectory of the area in the Ministry of Health. Finally, perspectives of the implementation of the PNAN guideline on the organization of nutritional care in the SUS are discussed.

Keywords: Nutrition in public health. Nutritional attention. Food and nutrition policies.

Institutional transition. Unified Health System. Integral health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABAI	Associação para Educação em Administração Empresarial
ABRANDH	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos
ACAL	Ação Comunitária de Alimentação
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASBRAN	Associação Brasileira de Nutrição
ATAN	Área Técnica de Alimentação e Nutrição
ATSCAM	Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
BVSMS	Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde
CAISAN	Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CECAN	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição
CEME	Central de Medicamentos
CEP IMS/UERJ	Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
CERN	Centro de Educação e Recuperação Nutricional
CFCE	Conselho Federal de Comércio Exterior
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CGDANT	Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças não Transmissíveis

CGGAB	Coordenação de Gestão da Atenção Básica
CGPAN	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CIAN	Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição
CIAN/CNS	Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição do Conselho Nacional de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNA	Comissão Nacional de Alimentação
CNAN	Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição
CNE	Conselho Nacional de Economia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSA	Conferência Nacional de Segurança Alimentar
CNSAN	Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CORSAMI	Coordenação de Saúde Materno-Infantil
CS	Comunidade Solidária
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DAPS	Departamento de Assistência e Promoção à Saúde
DAS	Cargo de Direção e Assessoramento Superior
DFPS	Departamento de Formulação de Políticas de Saúde
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil

DNCr	Departamento Nacional da Criança
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DPC	Desnutrição Proteico-Calórica
ENDEF	Estudo Nacional de Despesas Familiares
EUA	Estados Unidos da América
<i>FAO</i>	<i>Food and Agriculture Organization</i>
FBSAN	Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional
FG	Função Gratificada
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FNS	Fundação Nacional de Saúde
GT	Grupo de Trabalho
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IBASE	Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICCN	Incentivo de Combate às Carências Nutricionais
<i>ICNND</i>	<i>Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defense</i>
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IMC	Índice de Massa Corporal
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

<i>INCAP</i>	<i>Institute of Nutrition of Central America and Panama</i>
INESP	Instituto Superior de Ensino e Pesquisa
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INUFPE	Instituto de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco
ITA	Instituto de Tecnologia de Alimentos
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LN	Liga das Nações
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MES	Ministério da Educação e Saúde
MESA	Ministério Extraordinário de Combate à Fome
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESP	Núcleo de Estudos em Saúde Pública
NOB 96	Norma Operacional Básica de 1996
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSLN	Organização de Saúde da Liga das Nações

PAB	Piso de Atenção Básica
PAISMC	Programa de Ações Integradas de Saúde da Mulher e da Criança
PBF	Programa Bolsa Família
PCBE	Programa de combate ao bócio endêmico
PCCN	Programa de Combate às Carências Nutricionais
PCS	Programa Comunidade Solidária
<i>PDF</i>	<i>Portable Document Format</i>
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PLS	Programa Leite é Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNLCC	Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNS	Programa de Nutrição em Saúde
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PRMI	Programa de Redução da Mortalidade Infantil
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

PSA	Programa de Suplementação Alimentar
PSAS	Programa de Suplementação Alimentar Supervisada
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RedeNutri	Rede de Alimentação e Nutrição do SUS
SALTE	Saúde, Alimentação, Trabalho e Energia
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SISAN	Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SNAN	Sistema Nacional de Alimentação e Nutrição
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde e Avaliação
SSAN	Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional
STAN	Serviço Técnico da Alimentação Nacional
SUDENE	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUNAB	Superintendência Nacional do Abastecimento
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNB	Universidade de Brasília
UNICAMP	Universidade de Campinas
<i>UNICEF</i>	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>
<i>USAID</i>	<i>United States Agency for International Development</i>
<i>USDA</i>	<i>United States Department of Agriculture</i>
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	18
1	A TRILHA DO ESTUDO.....	24
1.1	Os mapas para a partida.....	29
1.2	O trajeto com os documentos.....	30
1.3	O trajeto com os sujeitos.....	32
2	SOBRE A NUTRIÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA.....	38
2.1	Longe da Saúde Pública: o início das políticas públicas de alimentação no Brasil.....	41
2.2	As agências internacionais e as origens de programas de Nutrição em Saúde Pública no Brasil.....	48
2.2.1	<u>A emergência de um novo grupo e das bases para outra proposta de política de alimentação e nutrição no Brasil.....</u>	62
2.3.	Uma autarquia federal só para a alimentação e nutrição: a Nutrição em Saúde Pública a partir do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição.....	73
3	SOBRE A ATENÇÃO NUTRICIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	96
3.1	Pelejas e proezas para constituição e consolidação de uma área de alimentação e nutrição no Ministério da Saúde.....	96
3.1.1	<u>Da extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição à Política Nacional de Alimentação e Nutrição.....</u>	97
3.1.2	<u>A crise do iodo em 1999: quando o Ministro da Saúde descobriu a área de alimentação e nutrição.....</u>	111
3.1.3	<u>Pegando carona no financiamento da Atenção Básica: o incentivo de combate às carências nutricionais e a aproximação com a Saúde da Família.....</u>	114
3.1.4	<u>Programa Bolsa-Alimentação: a virada.....</u>	118
3.1.5	<u>Demarcação de território institucional no Governo Lula.....</u>	131
3.1.6	<u>Uma nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição e uma diretriz para organização da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde.....</u>	152

4	ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA DIRETRIZ PARA MUDANÇA DE PRÁTICAS (SERÁ?).....	168
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	181
	REFERÊNCIAS	184
	APÊNDICE A – Marcos da trajetória institucional, programas, políticas e ações estratégicas da área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde.....	201
	APÊNDICE B – Simultaneidades, sucessões e relações com marcos da gestão federal do sistema de saúde, especialmente da Atenção Básica.....	202
	APÊNDICE C – Simultaneidades, sucessões e relações com marcos da Segurança Alimentar e Nutricional.....	203
	APÊNDICE D – Mapa de Gestores do Ministério da Saúde – 1995 a 2011.....	204
	APÊNDICE E – Documentos analisados.....	205
	APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	213
	APÊNDICE G – Exemplo de roteiro de entrevistas.....	215
	APÊNDICE H - Entrevistas realizadas.....	217
	ANEXO – Termos de Confidencialidade das transcrições das entrevistas.....	224

INTRODUÇÃO

Introduzo este trabalho explicitando como a reflexão sobre a práxis e os sentidos do vivido desencadearam a construção do objeto de estudo, e, também, por compreender ser minha responsabilidade enquanto pesquisadora expor minha vinculação com o contexto de pesquisa (SPINK; MENEGON, 2013).

Foi a experiência de trabalho na gestão federal como consultora técnica da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, vinculada ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGAN/DAB/SAS/MS), entre setembro de 2011 e fevereiro de 2015, que desencadeou a construção do meu objeto de estudo.

Uma das minhas demandas de trabalho logo ao chegar à CGAN (setembro de 2011) foi apoiar a finalização do processo de revisão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), cuja primeira versão havia sido publicada em 1999. O processo de revisão, realizado entre 2010 e 2011, foi provocado pela intensa mudança na conjuntura política e institucional em torno da agenda de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) no Brasil durante o governo do presidente Lula, e, conseqüentemente, pela necessidade de reposicionar a contribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) nessa agenda frente à instituição do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN).

Eu havia participado das discussões do processo de revisão da PNAN realizadas na RedeNutri – Rede de Alimentação e Nutrição do SUS (rede virtual) e no Seminário Estadual realizado no Rio de Janeiro em 2010 e conhecia o relatório final do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS – PNAN 10 anos (BRASIL, 2010a), realizado também naquele ano¹.

Minha principal tarefa durante a finalização do processo de revisão da PNAN, a partir de uma nova versão da política que já vinha sendo construída na CGAN, foi contribuir na

¹ Na época eu estava trabalhando como professora substituta nos cursos de graduação em Nutrição na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e na Universidade Federal Fluminense (UFF). Antes, eu havia trabalhado numa equipe Nasf em um município da baixada fluminense e cursado o mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde na Uerj (entre 2008 e 2010). Minhas experiências anteriores à mudança para o Rio de Janeiro ocorreram na Universidade Federal de Alagoas (Ufal), onde fiz a graduação em Nutrição e pude participar do movimento estudantil de Nutrição (entre 1999 e 2004); e na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia no município de Sobral-CE, onde fiz a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (de 2005 a 2007). Tanto na graduação quanto na residência, participei dos processos de mobilização em torno das agendas de Segurança Alimentar e Nutricional e de qualificação da formação de profissionais para o SUS que ocorreram durante os governos Lula.

qualificação da diretriz “Organização da Atenção Nutricional”, devendo alinhá-la às Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde publicadas ao final de 2010, e à nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), recém-aprovada naquele momento.

Durante o período de trabalho na CGAN (de setembro/2011 a fevereiro/2015), participei de movimentos para desenvolver estratégias para pôr em prática as diretrizes da nova PNAN. Nesse caminho, experimentei contradições cotidianas frente às práticas que emergiam a partir dos novos referenciais adotados na política e a perpetuação (e até expansão em algumas agendas) de práticas estabelecidas a partir de outros referenciais.

Por um lado, esforçávamo-nos para apreender as práticas inovadoras em curso nos municípios (impulsionadas pela expansão da Estratégia Saúde da Família) e também acolher as demandas por orientações e apoio técnico para elas, advindas sobretudo da inserção das equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nos territórios e a consequente identificação de novas necessidades de atenção à saúde da população.

Nesse sentido, buscamos desenvolver produções técnicas que proporcionassem compartilhar boas práticas já experimentadas em alguns municípios e, ao mesmo tempo, produzir referencial teórico sobre elas, com reflexões sobre sua contribuição para a organização da atenção nutricional no SUS que pudessem direcionar sua experimentação em outros municípios. Utilizamos, direta ou indiretamente, diversas estratégias para esse propósito: oficinas, mostras de experiências, laboratório de práticas, comunidade virtual de práticas, encontros, reuniões, visitas e parcerias com universidades. Buscou-se um contato mais intenso com os profissionais, com quem estava na prática nos serviços.

Por outro lado, existia um tipo de processo de trabalho diferente, pautado por metas quantitativas pactuadas nos planos de governo relativas a programas verticalizados estabelecidos há anos pelo Ministério da Saúde, que repercutiam a indução fragmentada de ações para públicos específicos no âmbito da Atenção Básica.

Para esses programas, as produções técnicas tinham caráter normativo (manuais operacionais), mesmo as que foram revisadas e atualizadas após a publicação da nova PNAN e após anos de implantação de tais programas em muitos municípios do país. Eles predominavam nas agendas junto às Referências Técnicas de Alimentação e Nutrição das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde dos grandes municípios (com mais de 150 mil habitantes). Ou seja, com técnicos do nível da gestão e não dos serviços de atenção à saúde.

Na CGAN, sentia-se o impacto de todo o movimento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O Departamento de Atenção Básica fervilhava de novos processos, e era

preciso estar atento, buscar espaços de participação, incluir a agenda da alimentação e nutrição nesses novos processos, resistir a possíveis exclusões. Novamente, movimentos distintos da CGAN: por um lado, aproveitar as oportunidades para firmar parcerias com outras coordenações, produzir inovações conceituais e práticas; mas, por outro, brigar para manter o espaço dos programas tradicionais da alimentação e nutrição na agenda da Atenção Básica.

O movimento da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) também se fazia muito presente. Nesse contexto, pude perceber o real tamanho institucional da CGAN no Ministério da Saúde, frente às responsabilidades do setor saúde para contribuir para a SAN e as dificuldades para mobilizar outras instâncias do Ministério para essa agenda. Somente a CGAN e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) tinham metas sob sua responsabilidade no Plano Nacional de SAN.

Ao mesmo tempo, na arena de gestão intersetorial dessa política (PNSAN), a CGAN tinha um peso institucional forte, a história a empoderava. Afinal, era a herdeira do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), autarquia do setor saúde que, por 25 anos, coordenou (ou ao menos tentou coordenar) uma política nacional de enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais do país. Várias gestoras da área de SAN do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), conselheiras e assessoras técnicas do Conselho Nacional de SAN (Consea) tinham passado pela área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde (desde o INAN ou a partir da área técnica formada após sua extinção).

Estar na CGAN permitiu avistar um conjunto de questões e processos que me levaram a perceber que o movimento de construção de novas práticas relacionadas à alimentação e nutrição na Atenção Básica, bem como a estrutura conceitual da nova PNAN e seus desdobramentos, não se tratavam de um mero prosseguimento ou expansão do que se tinha. Contradições, disputas, tensões, continuidades e descontinuidades estão presentes nessa trajetória e repercutiram de alguma forma sobre todas as minhas experiências acadêmicas e profissionais.

Passei a compreender que as produções da CGAN, assim como de outras áreas do Ministério da Saúde, para normatização ou orientação de práticas a serem realizadas nos serviços de saúde são fruto de uma conjunção de fatores. Questões político-institucionais e técnico-científicas recebem pesos diferentes na tomada de decisão de acordo com o contexto da gestão federal, das relações interfederativas e da incidência de grupos de interesse sobre a política pública.

Frente a isso, as descrições apresentadas na produção acadêmica sobre a história das políticas de alimentação e nutrição no Brasil, que tratam as práticas emergentes após a expansão da Atenção Básica, assim como aquelas emergentes após a institucionalização da Segurança Alimentar e Nutricional, como continuidade de uma “Nutrição em Saúde Pública”, passaram a me causar inquietação e angústia. Esses sentimentos cresceram ao retornar à prática docente em curso de graduação em Nutrição (entre 2016 e 2017), onde fui responsável pela disciplina “Nutrição em Saúde Pública” e pela supervisão de estágio de “Nutrição Social Aplicada” em Unidades Básicas de Saúde. Nesse contexto, vivenciei as tensões entre as concepções ainda vigentes na formação do nutricionista e a necessidade de construir práticas que atendam às demandas do SUS, em especial da Estratégia Saúde da Família.

Assim, defini como objeto de estudo para o doutorado a trajetória institucional da área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde, considerando o conhecimento sobre tal trajetória um passo fundamental para compreender as produções e movimentos dessa área para a normatização e orientação de práticas relativas à alimentação e nutrição nos serviços de atenção à saúde do SUS².

Demarquei como ponto inicial da trajetória de estudo o ano de 1997, quando o INAN foi oficialmente extinto, e como término o ano de 2011, quando foi aprovada a nova versão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Esse período delimita a trajetória de constituição de uma área técnica no âmbito do Ministério da Saúde que nasce a partir um vazio institucional deixado após a extinção de uma autarquia que existiu por mais de duas décadas, à qual competia funcionar como órgão central das atividades de alimentação e nutrição do governo federal.

No entanto, para um melhor estudo dessa trajetória foi preciso recuar e buscar compreender as origens e características da “Nutrição em Saúde Pública” institucionalizada pelo INAN, para, assim, perceber os movimentos de ruptura, continuidade e/ou descontinuidade no que se buscou implementar enquanto política de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde.³

² Meu interesse inicial de estudo eram as produções da área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde para orientação e normatização de práticas nos serviços de atenção à saúde. Segui nesse caminho realizando análise documental e incluindo questões relacionadas a essas produções nas entrevistas que realizei. No entanto, a análise sobre a transição institucional cresceu e tomou conta da tese, não havendo tempo hábil para o desenvolvimento dos capítulos referentes à análise e discussão sobre meu foco inicial. O vasto material coletado e analisado será utilizado em futuras produções.

³ Esse mergulho no período anterior ao recorte temporal estabelecido para o estudo não estava previsto inicialmente no projeto de pesquisa. A dedicação a ele se fez necessária para produzir conhecimento que pudesse sustentar nossa formulação acerca da transição do que chamamos de nutrição em saúde pública para a atenção nutricional no SUS. Porém, tal decisão acabou por sacrificar a formulação acerca das produções para orientar e normatizar práticas, conforme citado na nota anterior.

A trajetória escolhida como objeto de estudo envolve uma transição institucional na qual se construíram uma política nacional de alimentação e nutrição do setor saúde, em 1999, e seu processo de revisão dez anos depois, com sua republicação em 2011, no contexto de definição e implementação de uma política e um sistema nacional de SAN. Ao mesmo tempo em que inclui a aproximação com a atenção básica à saúde enquanto lócus das práticas normatizadas e orientadas pela área de alimentação e nutrição, e posteriormente como departamento do Ministério da Saúde, ao qual essa área passa a ser subordinada.

A trajetória também é atravessada pela transição nutricional, processo marcado pelo declínio da ocorrência da desnutrição em crianças e adultos num ritmo bem acelerado, ao lado do aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na população brasileira, fenômeno que traz impactos para o sistema de saúde e para o arcabouço de responsabilidades e práticas da área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde. Cabe esclarecer que este estudo não se dedicou à análise desta transição nutricional, que é objeto de muitos estudos epidemiológicos no Brasil. No entanto, a transição nutricional é identificada aqui como parte do cenário onde transcorre a trajetória estudada, pois é apresentada como justificativa para as políticas de alimentação e nutrição do SUS, tanto a primeira, aprovada em 1999, quanto a segunda, aprovada em 2011.

O objetivo geral deste estudo foi analisar a trajetória institucional da área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde, buscando identificar possíveis avanços, resistências e impasses para a organização da Atenção Nutricional no Sistema Único de Saúde a partir da gestão federal.

Para alcançá-lo, foram elencados os seguintes objetivos específicos: 1. Revisitar a trajetória institucional das políticas de alimentação e nutrição no Brasil e identificar as origens e características da Nutrição em Saúde Pública; 2. Reconstruir a trajetória institucional da área de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde após a extinção do INAN até a publicação da segunda versão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (de 1997 a 2011); 3. Analisar as concepções de sujeitos que vivenciaram ou acompanharam a trajetória institucional da área sobre seu processo de constituição e consolidação; 4. Discutir as possíveis repercussões da trajetória institucional da área sobre a organização da atenção nutricional no SUS.

O primeiro capítulo da tese apresenta o caminho de desenvolvimento do estudo. O segundo explora as origens da Nutrição em Saúde Pública, visando deixar claro o ponto de partida da trajetória analisada na pesquisa. O terceiro apresenta as principais pelezas enfrentadas e as proezas realizadas por sujeitos inseridos em diferentes contextos para

constituição e consolidação da área de Alimentação e Nutrição no Ministério da Saúde no período de 1997 a 2011. O quarto capítulo trata da diretriz de Organização da Atenção Nutricional estabelecida na nova versão da PNAN em 2011. Diferente dos capítulos anteriores, que analisam períodos passados, este capítulo marca o final da trajetória estudada discutindo perspectivas sobre a concretização futura do que essa diretriz propõe.

Ressaltamos que este estudo não tem o intuito de apresentar uma narrativa que trate sobre “a verdadeira história” ou “a melhor história” para competir com as narrativas produzidas em outras perspectivas e com outros objetivos. Seu intuito é promover o olhar sobre a questão a partir de outros ângulos e provocar novas reflexões que, talvez, possam gerar questionamentos e debates acerca dos desafios para a organização da atenção nutricional no SUS e, quem sabe, ajudar a construir caminhos para superá-los.

1 A TRILHA DO ESTUDO

O propósito deste capítulo é compartilhar o percurso da pesquisa, explicitar as escolhas realizadas, apontando as dificuldades enfrentadas e os limites do estudo, de modo a propiciar a compreensão das condições de produção do conhecimento apresentado nesta tese.

Partimos da perspectiva construcionista de produção de conhecimento, “que reconhece que todo conhecimento é temporal e limitado e que não existe uma verdade única e imutável, mas diversos regimes de verdade, que operam de forma diferente e que também produzem efeitos diferentes” (MATTOS; BAPTISTA, 2017, p. 17). Tal perspectiva não representa uma teoria, mas um posicionamento diante da produção de conhecimentos, como esclarecem Spink, Medrado e Mélllo:

um convite a questionar o que foi instituído [...]. [T]rata-se de entender a historicidade (condições de possibilidades) de nossas práticas e das teorias que construímos sobre elas, situando-as como produtos humanos histórica e socialmente localizados. Mas não é simples. Requer questionar e abrir mão do realismo, entendendo nossas vidas como construções humanas que se tornam fatos por causa de processos sociais que compete a nós, cientistas sociais, estudar (SPINK; MEDRADO; MÉLLO, 2014, p. 22-23).

O convite ao construcionismo nos causa estranhamento porque mexe com as bases sobre as quais fomos formados e estamos imersos, até o momento em que somos convidados a questioná-las. Trata-se de uma perspectiva muito recente (surge ao final do século XX) frente à perspectiva hegemônica de ciência, de conhecimento e de realidade (desde o século XVI) que domina, ainda, quase tudo da nossa vida.

O conhecimento passa a ser algo que construímos juntos por meio de nossas práticas sociais e não algo que apreendemos do mundo. Todas as realidades/verdades são construídas socialmente. Então, precisamos praticar a crítica das verdades oferecidas e a autocrítica permanente, o que nos convida a averiguar os contextos e os propósitos de sua produção. Por isso, a investigação construcionista preocupa-se com a explicitação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem.

Nessa perspectiva, ao colocarmos em exame as verdades, podemos exercer a crítica sobre as verdades dominantes e abrir possibilidade para examinar aqueles conhecimentos que nem se quer eram considerados como sendo conhecimentos pelas verdades dominantes. Assim, poderemos compreender as condições de produção dos diferentes conhecimentos de

mundo, sem a pretensão de que exista um conhecimento melhor que deva ser universal, e logo, desqualificar todos os outros.

Tendo aceitado o convite para produzir esta tese a partir da perspectiva construcionista, a escolha foi construir uma trilha para realização do estudo. Ao invés de seguir por um trilho, rígido, construído com rigor para reduzir os riscos ao mínimo, buscar um caminho flexível, aberto a surpresas, oportunidades e modificações ao longo do estudo. Em outras palavras, não optei por enquadrar os objetivos desse estudo em um método científico criado e testado por outros pesquisadores em outros contextos para responder a outros objetivos. Ou ainda, nas palavras de Spink, Medrado e Mélo (2014, p. 20), trata-se de conceber a “produção científica como artesanato e não como produção industrial”.

Um trilho fixa um caminho, todas as paradas são determinadas, de modo que já se sabe todo o trajeto, em que estações é possível embarcar ou desembarcar, quando e onde o trajeto começará e terminará. Em caso de imprevistos, problemas e/ou surpresas, não se consegue andar como planejado e a ausência de alternativas pode ser fatal. Ao contrário de uma trilha, que é um caminho que permite adaptações, é dinâmico, estimula o protagonismo e a autonomia.

Cada um dos passos dados na trilha da pesquisa reflete os meus interesses e princípios, revela minha implicação com o objeto de estudo, assumindo que não há neutralidade na pesquisa científica, sem, contudo, me afastar do rigor teórico-metodológico.

Embora o construcionismo nos apresente de uma maneira “mais leve” o processo de construção do conhecimento científico, uma vez que, ao contrário da visão moderna de ciência, não pretende encontrar respostas universais, nem descrever o que de fato acontece, não pode ser confundido com ausência de rigor metodológico. Pelo contrário, exige do pesquisador o exercício contínuo de objetividade e da crítica como fundamentos do processo de construção de conhecimento (MATTOS; BAPTISTA, 2017; SPINK, 2010).

Nesse sentido, expor os caminhos da produção do conhecimento é fundamental para essa nova corrente contra hegemônica em construção. É instrumento pra encorajar outras pessoas a produzirem conhecimento nessa perspectiva. Logo, produzir conhecimento na perspectiva construcionista exige a responsabilidade do compartilhamento dos passos da produção científica.

A construção de uma trilha de pesquisa não deve ocorrer de forma imprudente, pois não se pode desconsiderar a possível existência de perigos e a necessidade de definir limites de segurança. Nesse sentido, para a construção da trilha deste estudo foram necessários

suprimentos para dar firmeza aos passos e clareza sobre as direções seguidas, que examinamos em seguida.

De acordo com Mattos (2015, p. 47), só é possível construir conhecimento na perspectiva construcionista em diálogo com as contribuições teóricas de outros autores, quer dizer, com as “formulações criativas feitas por alguém”. Tais contribuições podem ser conceitos ou categorias, hipóteses, abordagens mais gerais de um conjunto de fenômenos, possibilidades de explicação de um fenômeno (comumente denominadas de teoria) ou ainda pistas oferecidas por algum autor que levamos em conta na construção de nossa pesquisa.

No entanto, Mattos (2015) observa que, ao nos apropriarmos das formulações de outros autores, não o fazemos exatamente da mesma forma, não necessariamente as utilizamos no mesmo contexto no qual (e para o qual) elas foram originalmente construídas e não as tomamos apenas para um uso análogo: “Ao contrário, muitas vezes nossa apropriação é crítica, no sentido de que usamos aquela contribuição teórica para contrastar ou distinguir nossa abordagem, nossos conceitos, nossas hipóteses” (MATTOS, 2015, p. 47). Seja qual for a maneira como as tomamos em nossas produções, precisamos explicitá-las.

Tomamos as contribuições da Teoria Ator-Rede (*Actor-Network Theory* – ANT) de Bruno Latour para o desenvolvimento de nossa pesquisa (LATOURE, 2012). Em primeiro lugar, o que destacamos é que não as tomamos como método a ser aplicado, reproduzido. O que fizemos foi olhar nosso objeto de estudo a partir das formulações criativas deste autor que pudessem nos ajudar a enxergar certas questões que talvez passassem despercebidas, devido à nossa implicação com o contexto investigado.

Não se tratou de buscar contribuições teóricas para seguirmos rumo a uma neutralidade científica, como em outras perspectivas de produção de conhecimento, mas sim, para exercitarmos nosso compromisso com a objetividade, para nos deixarmos surpreender com a realidade, conforme nos sugere Santos:

Em primeiro lugar eu penso que é fundamental, como tenho defendido, que distingamos entre objetividade e neutralidade. A objetividade é fundamental, a neutralidade deve ser superada. [...] Sermos objetivos significa analisarmos a realidade com as técnicas e os métodos que estão à nossa disposição, sem sectarismos nem dogmatismos. Perguntarão: mas como é que podemos evitar o sectarismo ou o dogmatismo se não formos neutros? Respondo: através de um procedimento muito importante, extremamente exigente, mas também simples, que consiste em estarmos sempre preparados para nos deixarmos surpreender pela realidade. Enquanto a gente se deixar surpreender pela realidade, no sentido de que aquilo que nós observamos não está totalmente contido nas nossas teorias, ou nos nossos preconceitos, aí estará prevenido o perigo do sectarismo. Portanto, o importante é que saibamos que o compromisso com a objetividade existe para fundar a objetividade do compromisso, isto é, para termos razões pelas quais nós temos uma posição ou outra. O cientista social, sendo objetivo, tem que saber de que

lado está e tem que saber com razões, razões pensadas, e é por isso que é preciso e é fundamental pensar. Não há objetividade sem objetivos (SANTOS, 2001, p.17-18).

Nosso objetivo neste estudo é conhecer melhor a trajetória institucional de uma área especializada em certa política pública no âmbito do governo federal, atravessada por diferentes conjunturas, modelos de gestão e entendimentos sobre o papel do Estado. Nos movimentos de transição institucional há circulação de pessoas, formação de grupos, o acesso de algumas, e não de outras, a certos lugares de onde definem o caminhar das instituições e propõem ações e normas a partir delas, o destaque de líderes e o trabalho invisível de outros.

As proposições de Latour (2012) quanto a Teoria Ator-Rede, também referida pelo acrônimo ANT (*Actor-Network Theory*), nos instigam a investigar tal trajetória não como um inventário de acontecimentos, mas, sobretudo, no direcionamento do olhar para as associações que se estabelecem entre os “actantes” (LATOURE, 2012).

Conforme explica Prates (2013, p. 208), “ANT” em inglês significa formiga, duplicidade com que Latour joga. “Os pesquisadores ANT são aqueles que se arrastam penosamente por finos fios condutores pelos quais objetos e humanos se associam, evitando a tentação de ‘pegar carona’ nas generalizações e assim cumprir o trajeto da pesquisa ‘rápido demais’.”

Para Latour (2012), actante é tudo aquilo que gera uma ação, que produz movimento e diferença, seja ele humano ou não-humano. O actante é o mediador, ou seja, é aquele que transforma, traduz, distorce e modifica o significado que ele supostamente transporta. Como o termo ator caracteriza o humano, a ANT utiliza o termo actante para incluir não-humanos em sua definição.

Nesse sentido, para Latour (2012), tanto humanos quanto não-humanos possuem agência nas situações que acontecem, ou seja, ambos agem e podem transformar as situações em que se encontram. O autor explica que a invisibilidade dos não-humanos acontece em função de sua característica silenciosa, mas em algumas situações a agência dos não-humanos se torna mais visível, como, por exemplo, quando revelam histórias em arquivos, documentos e coleções de museus.

As associações constituem a conexão de diversos actantes em um grupo, revelando as redes de mediadores que estruturam um determinado sistema. Mas, segundo a ANT, também participam das associações os intermediários, que são aqueles que não produzem modificações, mas transportam significado ou força sem transformá-los (LATOURE, 2012).

Sobre esse ponto de vista, Prates (2013, p.208) explica que

os atores que realizam as associações não são menores ou maiores que outros, não são englobados nem englobam, mas se valem de interações mais ou menos numerosas, mais ou menos firmes. Com o “achatamento”, desaparecem as imagens de esferas sociais e surgem atores em formatos de “estrelas”, com seus raios prolongando-se por várias direções, conforme cada uma das interações, algumas delas provavelmente inusitadas. Cabe às “formigas” da teoria ator-rede seguir com paciência esses raios, ater-se aos mediadores, ouvir o que têm a dizer, sem as generalizações apressadas que os tornariam calados intermediários.

Para a ANT, o objetivo é revelar as redes que se formam a cada momento, remetendo à ideia de alianças, fluxos e mediações. Segundo a perspectiva de Latour (2012), rede refere-se a um conjunto de interações entre actantes que transformam um ao outro de forma contínua. Portanto, rede é conceito, e não coisa. O conceito de rede refere-se a um conjunto de interações dinâmicas que ocorre entre actantes. São as ações que definem as redes, não um conjunto de relações estáveis ou padrões que podem ser facilmente identificados em uma estrutura.

Assim, Latour nos instiga a ver a “cozinha dos fatos”. Desse modo, buscamos neste estudo mapear actantes e suas associações e discutir os seus efeitos sobre a trajetória da área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde. Para mapear essas associações buscamos tecer redes a partir de rastros deixados pelos actantes, compreendendo rede como uma ferramenta.

Para Latour (2012, p.189), “um bom relato ANT é uma narrativa, uma descrição ou uma proposição na qual todos os atores fazem alguma coisa e não ficam apenas observando”. Desta forma, ao contrário de simplesmente transportar efeitos sem transformá-los (ser um intermediário), o próprio texto pode agir como mediador, modificando o significado que ele supostamente transporta.

O autor alerta que um relato ator-rede é um relato arriscado, “significando que ele pode facilmente falhar – e falha, na maioria das vezes -, pois não consegue pôr de lado nem a completa artificialidade do empreendimento nem sua reivindicação de exatidão e confiabilidade. Quanto à sua relevância para os próprios atores e ao impacto político que possa exercer, isso é ainda menos automático” (LATOURE, 2012, p. 195).

A seguir serão descritas as etapas e estratégias para a busca e análise das informações que subsidiaram o mapeamento dos actantes, suas associações e efeitos destas que subsidiaram a construção da narrativa sobre a trajetória pesquisada.

1.1 Os mapas para a partida

Considerando o recorte temporal central da trajetória investigada (de 1997 a 2011), organizei inicialmente uma linha do tempo para auxiliar na ordenação dos marcos da trajetória institucional, programas, políticas e ações estratégicas da área de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde a partir de informações disponíveis na literatura. Foi necessário organizar outras linhas do tempo paralelas para auxiliar na compreensão de simultaneidades, sucessões e relações com marcos da gestão federal do sistema de saúde (especialmente da Atenção Básica) e da SAN, bem como para demarcar a inserção dos informantes-chave nessa trajetória.

Esse conjunto de linhas do tempo operou naquele momento inicial da pesquisa como um “esboço de carvão”, do qual nos fala Bourdieu, feito com a finalidade de apresentar para a própria pesquisadora uma visão de conjunto do processo que se pretendia estudar.

Mas essas linhas do tempo foram mantidas vivas durante todo o estudo. Quer dizer, a medida que eu caminhava na trilha, acrescentava outros marcos identificados no trajeto com os documentos e com os informantes-chave. Desse modo, os apêndices A, B e C apresentam a última versão das linhas do tempo, sendo também produtos do estudo.

Para organização das linhas do tempo, foi utilizado como principal escala de tempo o período equivalente às gestões do governo federal (1995-1998; 1999-2002; 2003-2006; 2007-2010; 2011-2014). Essa escala não delimita apenas o tempo cronológico, mas o tempo histórico (REIS, 2011)⁴, compreendendo permanências e mudanças, rupturas, descontinuidades ou continuidades características das mudanças de gestão nas instituições públicas a cada novo mandato presidencial, fruto ou não de uma reeleição. E não somente nas mudanças de gestão, mas também nas mudanças gerais de conjuntura.

Foram inseridos também nas linhas do tempo alguns marcos do período entre a criação do INAN (1972) e o início da primeira gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso (1996), a partir de informações disponíveis na literatura e fornecidas pelos entrevistados, devido à sua relação com marcos do período estudado.

⁴ “O tempo histórico esculpe as formas da experiência vivida. Ele não é um tempo físico ou psicológico ou dos astros ou do relógio, divisível e quantificável, e também não é uma infinidade de fatos sucessivos como a linha é uma infinidade de pontos. O tempo histórico é o das coletividades públicas, das sociedades, civilizações, um tempo comum, que serve de referência aos membros de um grupo. Por um lado, o tempo histórico possui uma objetividade social, é independente da vontade dos indivíduos; por outro, os indivíduos também o criam e tecem, interferem e o transformam, suas biografias modificam a sociedade, mas não podem ignorar o tempo social que se impõe a eles” (REIS, 2011, p.11).

Também organizei um mapa de gestores do Ministério da Saúde nesse período para auxiliar na compreensão do contexto político-institucional da área de Alimentação e Nutrição (Apêndice D).

1.2 O trajeto com os documentos

A busca dos documentos foi direcionada pelos objetivos específicos do estudo. Buscou-se inicialmente por documentos institucionais que tivessem informações sobre a organização e funcionamento da área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde entre 1997 e 2011. Posteriormente, foi ampliada para o período anterior, de 1972 a 1996, período de existência do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN).

A procura destes documentos ocorreu principalmente nos sítios eletrônicos do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br), do Departamento de Atenção Básica (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>), da Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde - BVSMS (<http://bvsms.saude.gov.br/>) e no meu acervo pessoal.

Foram considerados inicialmente apenas documentos institucionais publicados pela editora do Ministério da Saúde, compreendidos nas seguintes séries bibliográficas definidas pela sua política editorial:

- a) Série A – Normas e manuais técnicos: Produtos editoriais que têm por finalidade determinar, normalizar, padronizar ou regular ações ou procedimentos. Também se enquadram aqueles que têm por finalidade guiar, instruir ou orientar acerca da execução de ações, tarefas ou missões;
- b) Série B – Textos básicos de saúde: Produtos editoriais que se referem às políticas, ao planejamento e às estratégias relacionados à saúde pública, como planos de governo e políticas de saúde;
- c) Série C - Projetos, programas e relatórios: Produtos editoriais relativos a projetos, programas, pesquisas em saúde e seus respectivos relatórios e avaliações científicas;
- d) Série D – Reuniões e conferências. Produtos editoriais decorrentes de eventos acerca dos interesses institucionais e da saúde pública, como anais, atas, relatórios e outros;

- e) Série E – Legislação da Saúde: Produtos editoriais que contenham a transcrição de legislações, com comentários ou orientações a respeito da aplicação das mesmas no interesse da instituição, dos servidores e da saúde pública;
- f) Série I – História da Saúde: Produtos editoriais que contenham ou registrem fatos, experiências ou episódios passados ou atuais, bem como seus personagens, que possam ser considerados como de valor histórico para a instituição ou para a saúde pública, na forma de documentos narrativos, fotográficos ou ilustrados.

Foram incluídos também alguns documentos de interesse do estudo que não haviam sido publicados pela Editora do Ministério da Saúde, mas foram disponibilizados nos sítios eletrônicos institucionais. É o caso de algumas Portarias Ministeriais e Relatórios de Gestão. Foram selecionados para o estudo um total de 57 documentos, sendo: Grupo A) 15 relatórios institucionais e Grupo B) 42 documentos de normatização e/ou orientação de práticas para gestores e profissionais do sistema de saúde (Apêndice E).

Os documentos relacionados ao INAN constavam no catálogo da BVS, mas não estavam disponíveis para *download*. Foram solicitados à biblioteca do Ministério da Saúde por e-mail. Os mesmos foram digitalizados e encaminhados pela bibliotecária responsável. Verificamos posteriormente que alguns já foram disponibilizados para *download* no site da BVS, o que constituiu um efeito positivo de nossa solicitação para publicação de tais documentos.

Os relatórios de gestão da área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde entre 2003 e 2009 não estavam mais disponíveis em site institucional, mas eu os possuía no acervo pessoal.

A leitura deste primeiro grupo de documentos suscitou a necessidade de busca das legislações e outros documentos institucionais citados nos mesmos. Não foi possível encontrar todos eles nos sites institucionais.

Em seguida foi realizado um levantamento da produção bibliográfica acerca das políticas e programas de alimentação e nutrição no Brasil que incluiu artigos científicos, livros e capítulos de livros e até anais de congressos.

Eu já tinha aproximação com vários dos documentos selecionados, que tinha ocorrido em outros contextos e com outros objetivos. O novo olhar que lancei a partir dos objetivos da pesquisa e da perspectiva de mapeamento dos actantes, suas associações e seus efeitos sobre a trajetória em questão me causaram muitas surpresas. Com frequência eu me perguntava: mas, como eu não reparei nisso antes?

Foi preciso muita paciência e atenção para arrastar-me como formiga por esses documentos tentando mapear os actantes e os rastros deixados por eles para construir as redes de interação nos diferentes momentos da trajetória pesquisada. Identificamos como os principais mediadores não-humanos no período estudado os seguintes documentos: o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (II PRONAN) e a primeira Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN – 1999). Estes documentos articulam, mediam relações e permitem visualizar aquilo que foi produzido através deles ou a partir deles, inclusive a produção de outros actantes não-humanos que também agiram e transformaram situações.

É importante mencionar que diversas vezes o trajeto com os documentos abria novas possibilidades de caminhos para a trilha do estudo, a todo o momento era preciso fazer escolhas sobre que direção tomar. Conforme alertou Latour (2012), o próprio texto da narrativa que produzi agiu como mediador, modificando o significado que ele transporta.

Esse trajeto com os documentos foi fundamental para preparar o trajeto com os sujeitos, descrito a seguir.

1.3 O trajeto com os sujeitos

Em virtude do projeto do estudo incluir a realização de entrevistas, o mesmo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP-IMS/UERJ), sendo aprovado de acordo com o parecer consubstanciado nº 2.607.199 de 18 de abril de 2018.

A identificação dos sujeitos se deu a partir da análise dos relatórios de gestão e das páginas de ficha catalográfica dos documentos publicados pela editora do Ministério da Saúde. Foram identificadas as pessoas que desempenharam função de gestoras e lideranças de agendas estratégicas da área de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, bem como de autoria e colaboração nos conteúdos dos documentos institucionais para normatização e orientação sobre práticas relativas à alimentação e nutrição nos serviços de atenção à saúde.

Assim, foi organizada uma lista de possíveis sujeitos que pudessem ser informantes-chave para o estudo:

- a. Coordenadores Gerais, Coordenador Substituto e Assessor da Coordenação;

- b. Coordenadores das equipes técnicas⁵;
- c. Autores e colaboradores de número expressivo de documentos institucionais selecionados;
- d. Autores e colaboradores de documentos institucionais emblemáticos, aqueles que são marcos entre as produções da área.

Ou seja, pessoas cujas pistas encontradas nos documentos apontavam-nas como prováveis mediadores nessa trajetória. Em virtude dos limites para realização das entrevistas (tempo para integralização do doutorado, acesso aos sujeitos e recursos financeiros), foi priorizado o convite às pessoas que agregassem mais de uma dessas funções/características. Em seguida, alguns outros sujeitos foram convidados aproveitando as oportunidades que surgiram. Ao todo, foram convidadas a participar do estudo 21 pessoas.

Cabe ressaltar que eu já tinha algum tipo de aproximação com alguns informantes-chave devido a minha trajetória profissional, em especial a inserção na CGAN entre 2011 e 2015. Esse fato facilitou o envio dos convites a alguns dos entrevistados e o acesso aos contatos de outros informantes-chave.

Foram realizadas 17 entrevistas entre os meses de agosto e dezembro de 2018, sendo 9 entrevistas presenciais na cidade de Brasília-DF, 4 entrevistas presenciais na cidade do Rio de Janeiro-RJ e 4 entrevistas à distância, realizadas por meio do *software* Skype®. Tentou-se concentrar as entrevistas dos informantes-chaves residentes em Brasília-DF em uma única semana, o que não foi possível devido à indisponibilidade de suas agendas.

Houve tentativa de entrevistar outros informantes-chave⁶. Contudo, não foi possível incluí-los no estudo por não responderem ao convite ou por indisponibilidade e/ou desinteresse em participar.

Os entrevistados apontaram outros possíveis informantes-chave. No entanto, os limites já mencionados acima não permitiram ampliar a realização de entrevistas. Ficou o desejo de conhecer a percepção de outras pessoas, que ocupavam outras posições, sobre essa trajetória⁷.

⁵ A análise dos documentos permitiu identificar que a área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde se organizava por equipes técnicas responsáveis por diferentes frentes de trabalho, de modo que os coordenadores de cada equipe foram identificados como informantes-chave para o estudo.

⁶ Foram também convidados: ex-funcionária da Secretaria de Políticas de Saúde que participou do Grupo de Trabalho de elaboração da primeira versão da PNAN; ex-Coordenadora da equipe técnica de Promoção da Alimentação Saudável e Prevenção dos Distúrbios Relacionados com a Alimentação e Nutrição da CGPAN; ex-Coordenadora da equipe técnica de Monitoramento, Avaliação e Investigação em Alimentação e Nutrição da CGPAN; Autora das duas edições de Dez passos para alimentação saudável de crianças menores de 2 anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica.

⁷ Como os ex-Ministros da Saúde José Serra e Humberto Costa; o ex-secretário de Políticas de Saúde João Yunes (já falecido), outros gestores e técnicos desta Secretaria; o ex-Secretário de Atenção à Saúde Jorge Solla; a ex-Diretora do Departamento de Atenção Básica Heloíza Machado de Souza; Gestores da Área de Saúde da

Todas as entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, contando com participação do seu orientador de doutorado apenas na penúltima. As entrevistas presenciais foram registradas em gravador digital e também em aplicativo de gravação de áudio do celular da pesquisadora. As entrevistas à distância foram gravadas por meio do programa MP3 Skype Recorder® e também com auxílio do celular.

O Apêndice F apresenta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nas entrevistas presenciais, o TCLE foi entregue ao entrevistado em duas vias idênticas no início do encontro, para que pudesse ler e esclarecer eventuais dúvidas antes de assiná-lo. Já nas entrevistas à distância, o TCLE foi enviado previamente por e-mail para que o entrevistado pudesse esclarecer dúvidas e encaminhá-lo assinado até o dia da entrevista, por meio eletrônico (e-mail ou aplicativo Whatsapp®), buscando evitar seu não recebimento após a entrevista.

Além do consentimento em participar da pesquisa e a autorização da gravação e transcrição da entrevista, o TCLE permitiu aos entrevistados optar pela manutenção ou não do seu anonimato. Essa opção foi incluída tendo em vista a dificuldade de manter o anonimato total dos entrevistados, uma vez que exerceram ou exercem cargos e funções públicas.

Todos os entrevistados autorizaram a gravação e a transcrição da entrevista, e oito deles optaram por manter o anonimato. Alguns destes referiram essa opção pelo fato de terem desempenhado apenas funções técnicas durante o período estudado, não sendo gestores. Foi possível perceber que, entre aqueles que optaram pelo não anonimato, a maioria desempenhou ou desempenha cargos de gestão.

Estão disponíveis no Apêndice H as informações sobre os entrevistados que justificam o convite para sua participação no estudo e dados sobre a forma de contato com eles, sobre a realização das entrevistas (local, data e tempo de duração) e sua inserção/atuação profissional no momento do estudo. Para preservar a identidade dos entrevistados que optaram pelo anonimato, não foram incluídas no apêndice essas últimas informações a seu respeito.

As entrevistas foram semidirigidas, isto é, tinham um roteiro mínimo e possibilitavam ampliação dos temas abordados com a introdução de novas perguntas quando foi percebido que questões importantes, não previstas inicialmente, surgiram nas falas dos entrevistados. A análise dos documentos contribui para a preparação de roteiros específicos para cada informante-chave, conforme o exemplo constante no Apêndice G.

Os roteiros tinham uma parte inicial comum para todos os entrevistados, que buscava reconhecer o modo como cada sujeito participou ou acompanhou a trajetória institucional e/ou as produções dos documentos da área de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. Nesse sentido, a entrevista buscou conhecer a trajetória do sujeito entrevistado, como ele chegou ao lugar que lhe permitiu acompanhar ou participar de tais questões, e a sua percepção sobre o contexto político-institucional da época.

O roteiro para cada entrevistado tinha ainda uma parte específica de pontos a serem lembrados na conversa, que diziam respeito ao contexto de produção e ao conteúdo dos documentos onde cada um foi autor, colaborador, revisor ou supervisor.

Ao final de cada entrevista, as impressões sobre sua realização foram registradas em áudio, utilizando o aplicativo de gravação do celular da pesquisadora. Esse “áudio de campo” ajudou na reflexão sobre a postura adotada na entrevista, sobre a funcionalidade do roteiro semiestruturado, sobre a fluidez ou não da conversa, sobre o que passou despercebido e poderia ter sido aprofundado, entre outras questões. A partir dessas reflexões, buscou-se aprimorar a realização das entrevistas posteriores, o que não foi sempre possível devido à singularidade de cada uma delas.

Cada conversa foi determinada por um conjunto de aspectos, como: o local de realização; a qualidade da conexão de internet (no caso das entrevistas por Skype®); a disponibilidade de tempo do entrevistado; a aproximação anterior ou não entre pesquisadora e entrevistado; as memórias do entrevistado e a habilidade da pesquisadora em fomentar o acesso a essas memórias; o conhecimento prévio da pesquisadora sobre os temas abordados na conversa; e a inserção profissional e política dos entrevistados no momento de realização da entrevista e no período analisado na pesquisa.

Uma coisa comum a todas as entrevistas foi a sensação de que elas poderiam ter sido melhores, especialmente depois de ler as transcrições e identificar algumas lacunas de informações para a construção da narrativa. Apesar de todos os entrevistados terem se colocado à disposição para tirar dúvidas posteriormente, tentei contato com alguns por e-mail e não obtive resposta.

A transcrição das entrevistas foi realizada por empresas especializadas contratadas. A opção por terceirizar essa atividade foi crucial diante da exiguidade de tempo para finalização do estudo, embora tenha acarretado um alto custo financeiro para a pesquisadora.

A primeira entrevista realizada foi transcrita por uma empresa e as demais 16, por outra. A mudança de empresa se deu pela melhor oferta de custo e tempo de entrega das

transcrições. Os termos de confidencialidade e sigilo do conteúdo das entrevistas firmados com as empresas contratadas constam em anexo ao final da tese.

Foi realizada a transcrição do tipo básica, também conhecida como transcrição corrigida. Esse tipo de transcrição busca a fluidez na leitura, por isso elimina repetições desnecessárias, marcas de oralidade e vícios de linguagem, sem deixar de lado a fidelidade ao conteúdo do áudio. Foram registrados nessa transcrição, por meio de símbolos definidos em legenda específica: interjeições de afirmação, de concordância; interjeições de dúvida, de incompreensão ou reflexão; interjeições que exprimem que o interlocutor aguarda a continuidade da fala da outra pessoa; interjeições de negação; palavras ou expressões pronunciadas com ênfase; palavras ditas em modo silábico. Também foram sinalizados os trechos não compreendidos pelo transcritor.

Foi enviada à pesquisadora uma versão de conferência de cada entrevista transcrita em formato PDF (*Portable Document Format*). Após a pesquisadora realizar a conferência da transcrição e o pagamento do valor correspondente ao serviço, a transcrição de cada entrevista foi encaminhada em formato de documento editável do *software* Microsoft Word®.

Com exceção da primeira e da última entrevista, os demais áudios foram enviados em lotes para a empresa de transcrição de acordo com a realização das entrevistas e disponibilidade de recursos financeiros para pagamento do serviço. A transcrição de cada lote demorou de sete a quinze dias úteis, a depender do total de minutos e da qualidade dos áudios.

A análise das entrevistas buscou identificar novas informações e esclarecer dúvidas sobre a trajetória institucional da Área Técnica/Coordenação de Alimentação e Nutrição que pudessem complementar ou esclarecer aquelas obtidas nos documentos analisados e nas referências bibliográficas disponíveis na literatura acadêmica da área.

O trajeto com os sujeitos informantes-chave corroborou para confirmar o que havia identificado nos documentos quanto aos principais actantes humanos no âmbito da gestão federal das políticas de alimentação e nutrição ao longo da trajetória estudada. Por um grande período os principais mediadores foram homens médicos. Mas, na trajetória após a extinção do INAN, os principais mediadores passaram a ser mulheres nutricionistas.

Além de entrevistar sujeitos que ocuparam funções de gestores, ao ouvir como informantes-chaves os sujeitos que foram autores e colaboradores de documentos institucionais selecionados foi possível reconhecer os movimentos e associações de outros actantes e também de intermediários na composição das redes que constituíram a trajetória estudada.

Os trajetos com os documentos e com os sujeitos contribuíram para perceber como estes actantes não-humanos e humanos agiram em diferentes circunstâncias formando associações, seja para construir ou transportar significados, em meio as questões político-institucionais e técnico-científicas que permearam as tomadas de decisão nos diferentes contextos da gestão federal das políticas de alimentação e nutrição no Brasil.

Os próximos capítulos desta tese foram organizados com o intuito de compartilhar uma narrativa produzida a partir do conhecimento construído pela análise dos documentos selecionados e dos sujeitos entrevistados acerca da constituição e consolidação da área de Alimentação e Nutrição no Ministério da Saúde no período de 1997 a 2011. O capítulo a seguir explora as origens dessa área no âmbito das políticas públicas, visando deixar claro o ponto de partida da trajetória analisada na pesquisa.

2 SOBRE A NUTRIÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Conforme apontam Bosi e Prado (2011), no contexto brasileiro, não se pode falar em consenso no que concerne às terminologias para designação do que chamam de campo da Nutrição e seus núcleos. Para as autoras, o reconhecimento desses núcleos de práticas se dá mais pelo senso comum do que pela reflexão epistemológica.

Observamos que uma expressão disso é a multiplicidade de terminologias para o núcleo de interesse do nosso estudo que são empregadas como sinônimos, sem explicitar suas bases e contornos, muito menos uma reflexão sobre possíveis diferenças, divergências, semelhanças, rupturas ou continuidades entre elas. A saber: Nutrição em Saúde Pública, Nutrição Social (e Aplicada), Nutrição em Saúde Coletiva e, mais recentemente, Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva.

Exemplo disso são os trabalhos de Vasconcelos (1999; 2000; 2001a; 2001b; 2001c; 2002; 2010; VASCONCELOS; BATISTA FILHO, 2011). Chamou nossa atenção a mudança de terminologia utilizada pelo autor não acompanhada de uma explicação para tanto. Em seus trabalhos publicados até 2010, refere-se ao campo da Nutrição em Saúde Pública; já no trabalho publicado em 2011 (em parceria com Batista Filho), passa a se referir ao campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva. Nesse último, observamos que o autor trata sobre o mesmo escopo descrito acerca da Nutrição em Saúde Pública nos trabalhos anteriores, mas acrescido do que denomina de “novos paradigmas do campo no final do século XX e início do século XXI”.

Se ainda não há consenso sobre a terminologia, parece haver um consenso no âmbito acadêmico (ao menos na última década) em incluir no escopo desse núcleo da Nutrição no Brasil todo o conhecimento produzido em torno dos objetos, conceitos e métodos relacionados às temáticas descritas abaixo.⁸

- Epidemiologia nutricional: conceitos e métodos quantitativos e qualitativos para o diagnóstico nutricional; abordagem metodológica e resultados dos principais inquéritos nacionais de antropometria e consumo alimentar, de estudos sobre carências de micronutrientes e de avaliação da segurança alimentar e nutricional;

⁸ Conforme observado nas seguintes publicações: KAC; SICHIERI; GIGANTE; 2007; TADEI *et al.*, 2011; DIEZ-GARCIA; CERVATO-MANCUSO, 2012; 2017 CARDOSO, 2014; TADEI *et al.*, 2016; SARTI; TORRES, 2017; VASCONCELOS, 2002; VASCONCELOS; BATISTA FILHO, 2011; BOSI; PRADO, 2011; ASBRAN, 2008; 2010; 2012; 2014; 2016; 2018.

evidências do processo de transição nutricional e sua conexão com as mudanças sociais, econômicas e demográficas do país.

- Principais problemas nutricionais e doenças associadas às carências, excessos e erros alimentares: carências nutricionais (desnutrição energético-proteica, anemias, hipovitaminose A, beribéri, distúrbios associados à carência de iodo); sobrepeso e obesidade; doenças crônicas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, câncer).
- Políticas públicas: Políticas e programas de alimentação e nutrição em diversos setores (saúde, educação, trabalho e emprego, produção de alimentos, assistência social e outros); segurança alimentar e nutricional; direito humano à alimentação e nutrição; soberania alimentar; promoção da alimentação adequada e saudável (incluindo promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável); educação alimentar e nutricional; avaliação de intervenções em alimentação e nutrição; papel do nutricionista nas políticas públicas.
- Interfaces da alimentação e nutrição com as ciências sociais e humanas: cultura alimentar; mudanças alimentares apoiadas nas dimensões sensoriais, cognitivas, simbólicas e práticas da alimentação; comportamento e práticas alimentares; hábitos alimentares e sentidos do comer; aspectos psicossociais da alimentação.
- Outros temas em alimentação e nutrição: alimentos-ambiente-saúde (sistema alimentar e sustentabilidade, alimentos transgênicos, fortificação e processamento de alimentos); agenda regulatória em alimentação e nutrição; rotulagem nutricional; publicidade e práticas alimentares; novos conceitos e metodologias em educação alimentar e nutricional; culinária e promoção da saúde; relação público-privado em alimentação e nutrição; conflito de interesses em alimentação e nutrição; formação do nutricionista.

Diante desse cenário acadêmico, nosso intuito com a produção do presente capítulo é explicitar o contorno da Nutrição em Saúde Pública adotado neste estudo, explorando as origens dessa área no âmbito das políticas públicas, visando deixar claro o ponto de partida da trajetória analisada na pesquisa, e, ao mesmo tempo, apresentar alguns aspectos que poderão ser retomados nos capítulos seguintes, em especial quando buscamos identificar rupturas e continuidades.

É oportuno neste momento um breve posicionamento sobre o uso de definições nos nossos trabalhos acadêmicos. Mattos (2015) nos adverte do risco de acharmos que uma

definição (construída por nós ou por outros autores) possa apreender melhor que outras o que seria a essência do fenômeno estudado. Voltando a Karl Popper, o autor critica esse posicionamento como essencialista, contrapondo a ele um outro, que chama de convencionalista. Para Mattos, definições são convenções, sendo suas qualidades examinadas por suas utilidades diante de certos propósitos. Em suas próprias palavras,

Para um convencionalista, a pergunta “o que é isto” deveria ser substituída por perguntas do tipo “o que o fulano ou cicrano entende por isso ou aquilo”. Nesse entendimento, formular uma definição seria tão somente dar uma resposta clara à questão sobre o que eu entendo nesse estudo por isso ou aquilo (MATTOS, 2015, p.45).

Aplicamos essa orientação para explicitar o sentido que daremos neste trabalho ao termo “saúde pública” e as razões de sua escolha.

Ao nos referirmos a “saúde pública”, estamos tratando sobre um conjunto de ações do Estado brasileiro no tocante à saúde da população anterior à constituição do SUS em 1988. Trata-se de um conjunto de ações emanadas de uma trajetória de instituições governamentais, a começar pela criação em 1897 da Diretoria Geral de Saúde Pública, e que seguiu ao longo do século XX com crescente institucionalização até a criação do Ministério da Saúde em 1953 (TEIXEIRA; ESCOREL, 2008; FALEIROS, 2010; BAPTISTA, 2007).

Se, no início dessa trajetória, a agenda era a questão do saneamento dos portos para o combate às ameaças epidêmicas que incidiam negativamente sobre o comércio, ela incluiu mais tarde a questão das endemias rurais e de algumas doenças de grande importância no país por se tratarem de perigos coletivos (como a tuberculose, a hanseníase e a questão da saúde mental) e o que nos interessará particularmente, a inclusão de questões ligadas à nutrição (especificamente a desnutrição materno-infantil e carências nutricionais específicas, como veremos). O que queremos destacar é que ao longo de toda essa trajetória institucional da saúde pública, ela nunca incluiu na sua agenda a assistência a indivíduos, a não ser aos indivíduos portadores de doenças de importância coletiva (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; ESCOREL, 2008; ACURCIO, s.d.; PONTE; REIS; FONSECA, 2010; BERTOLOZI; GRECO, 1996; BAPTISTA, 2007).

É significativo que, paralelamente à trajetória institucional da saúde pública, houve um grande desenvolvimento de instituições voltadas à questão da mediação entre capital e trabalho, incluindo as voltadas aos benefícios previdenciários aos trabalhadores. Se essa outra trajetória institucional foi iniciada a partir da Lei Eloi Chaves, em 1923, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), ela se intensificou durante o governo Vargas

através dos diversos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), unificados no início do governo militar no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Embora a assistência médica aos beneficiários não fosse prioritária na agenda dessas instituições previdenciárias, ela estava presente (PONTE; REIS; FONSECA, 2010; BAPTISTA, 2007; BERTOLOZI; GRECO, 1996).

Assim, antes da criação do SUS, havia uma grande dicotomia institucional entre Ministério da Saúde e o órgão da Previdência Social responsável pela assistência médica (à época, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS). A criação do SUS promoveu a superação dessa dicotomia institucional, pois o Estado passou a ter na sua agenda o dever de garantir a todos o acesso às ações e serviços de saúde, tanto os voltados para os grandes problemas de saúde coletivos como para os individuais, numa perspectiva de integração e de integralidade. A agenda do SUS inclui, sem distinções, as doenças e agravos mais frequentes e os mais raros, as vacinas e os transplantes, a promoção da alimentação adequada e saudável e a cirurgia bariátrica.

Esse trabalho se interessa particularmente pelas possíveis incidências dessa grande mudança nas trajetórias institucionais sobre a chamada área de Nutrição em Saúde Pública e o que tem sido construído em termos de política de alimentação e nutrição no SUS. De forma geral, diferenciamos a saúde pública como as medidas do Estado voltadas exclusivamente para o coletivo, ou seja, à prevenção e tratamento de determinadas doenças e à assistência a uma parcela limitada da população que tinha doenças consideradas como perigos coletivos. Já o SUS abarca o conjunto das medidas que visam garantir o direito de todos os cidadãos à saúde, numa perspectiva universal e de atenção integral. Por essa razão, optamos por falar em saúde pública apenas no período que antecede ao SUS.

Diante disso, buscamos nesse capítulo mapear a origem da inserção e delineamento das medidas do Estado relacionadas à alimentação e nutrição empreendidas no âmbito da saúde pública no Brasil antes da criação do SUS. Para tanto, realizamos uma revisão da literatura, buscando identificar e compreender em que contextos e condições tais medidas foram operadas.

2.1 Longe da Saúde Pública: o início das políticas públicas de alimentação no Brasil

As décadas de 1930 e 1940 são definidas por diversos autores como o início da organização daquilo que chamam de campo científico da nutrição e também das políticas públicas de alimentação no Brasil. Observa-se que, nos arranjos institucionais do Estado nos anos 1940, os órgãos públicos responsáveis pelas medidas nessa área não tiveram como território de práticas os serviços de Saúde Pública existentes na época e não estiveram vinculados ao setor saúde, mas às políticas que tratavam da questão do trabalhador e da mediação dos conflitos entre capital e trabalho, sob a égide do trabalhismo, e, posteriormente, à mobilização em torno da II Guerra Mundial, no governo de Getúlio Vargas (CASTRO; COIMBRA, 1985; L'ABBATE, 1988; COUTINHO, 1988; BARROS; TARTAGLIA, 2003; ARRUDA; ARRUDA, 2007; VASCONCELOS; BATISTA FILHO, 2011).

No primeiro governo de Vargas (1930-1945), as CAP foram extintas, sendo substituídas pelos IAP, vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Os IAP favoreceram as categorias profissionais de trabalhadores urbanos que estavam relacionadas à economia industrial em ascensão no país: industriários, marítimos, bancários, comerciários, funcionários públicos, estivadores e transportadores de cargas (ACURCIO, s.d.; PONTE; REIS; FONSECA, 2010).

Nesse modelo de proteção social, o vínculo contributivo formal do trabalhador garantia o acesso aos benefícios (aposentadorias, pensões por morte, assistência médica, hospitalar e farmacêutica). Assim, esses direitos eram restritos aos trabalhadores segurados (que contribuía com a previdência) e seus dependentes, estando excluídos o trabalhador rural, os profissionais liberais e todo trabalhador que exercesse uma função não reconhecida pelo Estado (ACURCIO, s.d.; BAPTISTA, 2007). Assim, conforme ressaltam Bertolozzi e Greco (1996, p. 383), “desde o início, o sistema previdenciário não foi baseado no conceito do direito à previdência social, inerente à cidadania, mas considerado um direito contratual, baseado em contribuições ao longo do tempo”.

Baptista (2007) chama atenção para outra característica desse modelo: a discriminação dos benefícios de acordo com a categoria profissional.

Cada IAP organizava e oferecia a seus contribuintes um rol de benefícios compatível com a capacidade de contribuição e organização de cada categoria, o que fez com que algumas categorias profissionais tivessem mais privilégios que outras. As categorias com maior poder econômico, como os industriais, os bancários, tinham maior disponibilidade de verbas, e por isso podiam oferecer a seus contribuintes um leque maior de benefícios. No que diz respeito à saúde, tal fato significava um padrão melhor de assistência médica e hospitalar, diferenciado por categoria e mantenedor da desigualdade social mesmo entre os trabalhadores (BAPTISTA, 2007, p. 37-38).

O Estado participava da administração dos IAP e exercia um esforço ativo no sentido de diminuir as despesas, com a consolidação de um modelo de previdência “mais preocupado com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. Isto faz com que os superávits dos institutos constituam um respeitável patrimônio e um instrumento de acumulação na mão do Estado” (ACURCIO, s.d., p. 6). Dessa forma, os IAP tinham papel fundamental no desenvolvimento econômico desse período (até meados dos anos 1950), como “instrumento de captação de poupança forçada”, através de seu regime de capitalização (POLIGNANO, 2006). Além disso, corroboravam com as estratégias de Vargas para aplacar as possíveis tensões junto à classe trabalhadora.

A entrada da questão alimentar na agenda do Estado brasileiro é atribuída ao protagonismo e liderança de Josué de Castro⁹. Soma-se à sua envergadura intelectual sua estreita relação com Getúlio Vargas. O grupo de Josué de Castro conseguiu incorporar-se no Estado por meio da política trabalhista de Vargas, influenciando a criação do salário mínimo em 1938 e, em 1939, do Serviço Central de Alimentação, no Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI)¹⁰, considerado o mais moderno e técnico à época (L'ABBATE, 1988; PELIANO, 2001).

Em 1940, o Serviço Central de Alimentação foi substituído pelo Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), criado “no sentido de se melhorar a alimentação do trabalhador nacional e, conseqüentemente, sua resistência orgânica e capacidade de trabalho, mediante a progressiva racionalização de seus hábitos alimentares” (BRASIL, 1940).

O SAPS foi responsável por serviços de assistência alimentar e educação alimentar aos trabalhadores formais vinculados à previdência social e suas famílias (restaurantes e postos de subsistência para venda a preço de custo de alguns gêneros de primeira necessidade e o serviço de visitação domiciliar aos trabalhadores), bem como pela formação de pessoal técnico para implementação de suas ações e realização de estudos e pesquisas na área (cursos

⁹ Josué de Castro, nascido em Recife-PE em 1908, foi um influente médico, nutro logo, professor, geógrafo, cientista social, político, escritor e ativista brasileiro no combate à fome e suas causas. Destacou-se no cenário brasileiro e internacional não são pelos seus trabalhos ecológicos sobre o problema da fome no mundo, mas também no plano político em vários organismos internacionais. Não explicitaremos aqui toda sua trajetória acadêmica e política, mas sugerimos a leitura de alguns trabalhos que tratam sobre ela em diferentes perspectivas: AMORIM, H.R. Em tempos de guerra: Josué de Castro e as políticas públicas de alimenta o no Estado Novo. *CLIO: Revista de Pesquisa Histórica*, Recife, n. 35, p. 51-75, Jan-Jun, 2017; SILVA, M.S.F; NUNES, E.D. Josué de Castro e o pensamento social brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 11, p. 3677-3687, 2017; ANDRADE, M.C. Josué de Castro: o homem, o cientista e seu tempo. *Estudos Avançados*, v. 11, n. 29, p. 169-194, 1997.

¹⁰ O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) foi criado em 1936, durante o Estado Novo e, após 1945, expandiu suas áreas de atuação, passando principalmente a financiar projetos de habitação popular nas grandes cidades. O IAPI foi fundido com outros cinco institutos de pensões de outras categorias em 1966, formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

para visitantes e auxiliares técnicos de alimentação, de especialização para médicos nutrólogos e de formação de nutricionistas) (BRASIL, 1940; L'ABBATE, 1988; COIMBRA, 1985; PELIANO, 2001).

Para Coimbra (1985), é a partir daí que faz sentido falar na alimentação como política pública no Brasil. Esse autor chama a atenção para o fato de que, embora a desnutrição infantil já fosse considerada o problema mais grave, foram os trabalhadores adultos que receberam a atenção do Estado, destacando o caráter ideológico do SAPS.

Em parte, isso decorreu da conexão imediata que se podia estabelecer entre tal iniciativa e o processo de desenvolvimento, via ganhos em produtividade trazidos por uma “nutrição racional”. Mas, a motivação básica, à luz das informações disponíveis, parece estar inquestionavelmente no plano político, algo visível se olharmos o SAPS com mais cuidado. Clientelisticamente administrado, gerando muito mais um discurso do que uma ação, pulverizando-se em inúmeras atividades muito remotamente vinculadas à alimentação, o SAPS sempre foi uma agência eminentemente ideológica, o que ajuda a entender porque o empresariado pouco se preocupou em defendê-lo quando, em 1967 e em pleno período militar, foi extinto (COIMBRA, 1985, p. 86).

Após uma rápida experiência na direção do SAPS, Josué de Castro assumiu a direção sucessiva de outros órgãos para estudo e planejamento da alimentação, vinculados à política econômica e de defesa do país, no contexto de mobilização da guerra e do necessário desenvolvimento da tecnologia de alimentos para assistência à indústria alimentar brasileira (L'ABBATE, 1988; BRASIL, 1945). Coimbra (1985, p. 87) destaca que essas sucessivas “burocracias” eram paralelas ao SAPS e muito menores que ele, por isso, “mais homogêneas e mais coerentes, congregando uma pequena e seleta equipe ao seu redor”.

Com base no trabalho de L'Abbate (1988), descrevemos sucintamente abaixo o lócus institucional e as competências de tais órgãos responsáveis pelas medidas na área de alimentação.

- a) Serviço Técnico da Alimentação Nacional (STAN): criado em 1942, vinculado à Coordenação da Mobilização Econômica, instituída após a entrada do Brasil na II Guerra Mundial, pela junção da Comissão de Defesa da Economia Nacional e a Comissão de Abastecimento (criadas em 1939). Cabia ao STAN prestar assistência técnica para a produção agrícola e industrial de alimentos (VASCONCELOS, 1999)¹¹;

¹¹ Por meio de um convênio entre STAN e a *Nutrition Foundation* de Nova York, Josué de Castro criou a revista científica “Arquivos Brasileiros de Nutrição”, em maio de 1944. Os Arquivos foram publicados durante 24 anos, com direção de Josué de Castro por 10 anos, sendo o mais importante veículo de difusão do saber científico em Nutrição produzido no país (VASCONCELOS, 1999).

- b) Instituto de Tecnologia de Alimentos (ITA): vinculado ao STAN, foi criado em 1944 com a função de realizar os estudos experimentais necessários para subsidiar a modernização da produção industrial de alimentos (AMORIM, 2017)¹²;
- c) Comissão Nacional de Alimentação (CNA): criada em 1945 como órgão do Conselho Federal de Comércio Exterior (CFCE).

A CNA era “destinada ao estudo de todos os assuntos que se prendam à alimentação da população brasileira”. Deveria fazer parte dela um conjunto de especialistas designados por decreto do presidente da República, cabendo ao diretor geral (nomeado pelo presidente) organizar as listas para a competente escolha. Os especialistas deveriam ser técnicos escolhidos nas repartições especializadas dos Ministérios da Educação e Saúde, do Trabalho, Indústria e Comércio, da Agricultura e dos Serviços Militares de Intendência, além de um representante da indústria de alimentação e três de livre escolha entre os conhecedores da tecnologia alimentar (BRASIL, 1945).

As funções da CNA eram:

- a) Estudar e propor as normas da política nacional de alimentação; b) Estudar o estado da nutrição e os hábitos alimentares da população brasileira, considerando o respectivo padrão de vida; c) Acompanhar e estimular as pesquisas relativas às questões e problemas de alimentação, propondo os auxílios que julgar necessários ou convenientes; d) Trabalhar pela correção de defeitos e deficiências da dieta brasileira, estimulando e acompanhando as devidas campanhas educativas; e) **Concorrer para o desenvolvimento da indústria de desidratação dos alimentos no Brasil, opinando sobre projetos e acompanhando a montagem de fábricas de desidratação, orientando o aproveitamento dos produtos desidratados, sobretudo pelos internatos, asilos, hotéis e cozinhas coletivas em geral, mantendo através de pesquisas e trabalhos o alto nível técnico da produção** (BRASIL, 1945, grifos nossos).

¹² A criação do ITA foi motivada pela visita de Josué de Castro em 1943 aos Estados Unidos, onde conheceu modernos processos de tecnologia alimentar, como a refrigeração e a desidratação de alimentos, desenvolvidos a partir das necessidades de melhor alimentação das tropas americanas em tempos de guerra (AMORIM, 2017). As atividades do ITA voltaram-se à criação de novos métodos de conservação de alimentos, como a desidratação, visando aumentar a produção interna de alimentos e também a de produtos químicos e farmacêuticos (L'ABBATE, 1988). Fato curioso, talvez mera coincidência (ou não, há que se ver), é que entre 1944 e 1945 ocorreu o lançamento e a expansão da venda do Leite Ninho® no Brasil. Segundo informações na linha do tempo da empresa Nestlé™ no país, disponibilizada no seu site institucional, “[a] fabricação de um leite em pó de qualidade e de conservação prolongada, o recém-criado NINHO®, foi bem-vinda, pois durante a Segunda Guerra Mundial e no período pós-guerra houve grande escassez de bens de consumo”. Em 1946, ocorreu “a inauguração da fábrica de Araraquara (SP) para responder à crescente demanda nacional de Leite Ninho®”. Disponível em: <<https://www.nestle.com.br/a-nestle/historia#/decada-1940>>. Acesso em: fev. 2019.

O Decreto-Lei que cria a CNA especifica somente essa última função que destacamos, deixando claro o objetivo de atuação em prol do desenvolvimento da indústria de alimentos no país:

a) **Art. 8º Caberá ainda à Comissão Nacional de Alimentação para dar cumprimento ao disposto na alínea e do artigo sétimo:** a) acompanhar a montagem de fábricas de desidratação, para que se tornem efetivas as garantias de zona de abastecimento e não seja prejudicado o consumo de mercadorias; b) opinar sobre os projetos para a instalação de fábricas de desidratação, tendo em vista a localização da indústria, os processos que vão ser usados e os tipos de produtos que tenciona fabricar; c) promover todo o auxílio à implantação dessa indústria, propondo subvenções ou assistência às pesquisas e trabalhos de ordem técnica; d) superintender os trabalhos de divulgação dos processos de aproveitamento dos produtos desidratados, principalmente destinados ao uso dos internatos, asilos, hotéis e cozinhas coletivas em geral; e) solicitar todas as prioridades necessárias para a obtenção dos materiais indispensáveis à construção de usinas, assim como para o transporte das matérias primas indispensáveis e dos produtos elaborados; f) estabelecer a especificação exigida para cada tipo de alimento, a fim de que a indústria se mantenha num alto nível técnico; g) pleitear os favores alfandegários que considere necessários à implantação, ou desenvolvimento, da indústria de desidratação de alimentos (BRASIL,1945, grifos nossos).

O CFCE, ao qual a CNA estava vinculada, era uma organização autônoma diretamente subordinada à Presidência da República, à qual competia promover o desenvolvimento das exportações em geral, coordenando a atividade de outros órgãos de política econômica. Compunham o CFCE: representantes dos Ministérios das Relações Exteriores, da Fazenda, da Agricultura, do Trabalho, Indústria e Comércio, e da Viação e Obras Públicas, do Banco do Brasil e da Associação Comercial, além de algumas pessoas de idoneidade e competência reconhecidas nesses assuntos, todos designados pelo presidente da República. Suas decisões eram transformadas em lei somente após serem referendadas pelo presidente (BRASIL, 1934).

O CFCE “foi responsável em boa medida pela linha nacionalista e estatizante adotada pelo governo no período, ao mesmo tempo em que deu abertura para a representação dos interesses privados no aparelho estatal” (CPDOC/FGV, 2017a)

Entre os vários conselhos técnicos criados no período, o CFCE figuraria sem dúvida entre os mais importantes, participando ativamente da discussão e delineamento das soluções para algumas das questões econômicas prioritárias da época, tais como a instalação da grande siderurgia no país e o abastecimento do mercado nacional de petróleo e seus derivados. [...] Além de sua importância como instância de informação e de formulação de políticas, o CFCE atuaria como canal de acesso dos grupos empresariais do Estado, situando-se entre os órgãos que institucionalizariam a prática corporativista de representação de interesses privados no aparelho estatal (CPDOC/FGV, 2009a).

L'Abbate (1988, p. 115-116) aponta que a criação da CNA no âmbito do CFCE “assegurava condições de sobrevivência para Castro e seu grupo na direção da política de alimentação”. A autora lembra que a extinção do STAN e a criação da CNA coincidem com o período da queda de Getúlio Vargas. Assim, no período em que seu principal aliado político esteve ameaçado ou fora do poder, Josué de Castro e seu grupo “*articularam-se para manter-se presentes na discussão da política de alimentação desenvolvida ou proposta pelo Estado*”.

Saretta (1995, p. 113) explica que, após oito anos da ditadura do Estado Novo, com a redemocratização e a eleição do presidente Eurico Gaspar Dutra, além da Assembleia Constituinte e o fim da II Guerra Mundial, esperava-se “uma ‘democracia econômica’ ou uma menor intervenção do Estado nas atividades econômicas”. E acrescenta que essa esperança era expressa tanto pelo empresariado quanto pela pequena imprensa especializada em economia da época.

Em 1949, o governo Dutra extinguiu o CFCE, e a CNA, que era vinculada a esse conselho, passa a ser vinculada ao Ministério da Educação e Saúde (MES). Cabe ressaltar que a CNA, apesar de criada em 1945, ainda não havia sido regulamentada até aquele momento (L'ABBATE, 1988).¹³

O CFCE foi substituído pelo Conselho Nacional de Economia (CNE). A lei nº 970 de 16/12/1949, que dispõe sobre as atribuições, organização e funcionamento do CNE, extingue o CFCE e transfere suas dotações orçamentárias, o pessoal, o material e o arquivo para o novo conselho. A mesma lei transfere a CNA para o Ministério da Educação e Saúde e os serviços de controle de exportação de gêneros alimentícios e de licenciamento de despachos dos produtos importados para a Carteira de Exportação e Importação do Banco do Brasil (BRASIL, 1949).

Apesar do CNE ser apresentado como substituto do CFCE, observa-se que esses dois conselhos tiveram funções distintas, de acordo com os atos que os criaram. Diferente do CFCE, o CNE era um órgão autônomo, não subordinado à Presidência da República, formado por especialistas em assuntos econômicos, nomeados pelo presidente da República, depois de

¹³ À frente de uma comissão que sequer havia sido regulamentada, Josué de Castro buscou outros espaços. Em paralelo às suas atividades político-administrativas, mantinha as atividades acadêmico-científicas na universidade. Com a extinção do STAN, articulou a incorporação do ITA à Universidade do Brasil e sua transformação no Instituto de Nutrição (INUB), ocorrida em 1946, ao qual ele ficou vinculado até a década de 1960. Josué atingia assim “posição de destaque na hierarquia universitária uma vez que, além de diretor do Instituto, participou do Conselho Universitário da UB e dirigiu o Departamento de Geografia da Faculdade Nacional de Filosofia” (ANDRADE, 1997, p. 177). O INUB é o atual Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Sobre o INUB sugerimos a leitura de BIZZO, M.L.G.; N.T. LIMA. O Projeto Civilizatório Nacional do Instituto de Nutrição da Universidade do Brasil (1946-1960). *Perspectivas*, São Paulo, v. 37, p. 191-209, jan./jun. 2010.

aprovada sua escolha pelo Senado. Os conselheiros não poderiam exercer qualquer outra função pública, por isso recebiam vencimentos correspondentes aos vencimentos dos membros do Tribunal de Contas da União (BRASIL, 1949; CPDOC/FGV, 2009b)

Ao Conselho Nacional de Economia (CNE) competia “estudar a vida econômica do país e, por iniciativa própria ou por solicitação dos poderes públicos, opinar sobre as diretrizes da política econômica nacional, interna ou externa, e sugerir as medidas que julgar necessárias” (BRASIL, 1949).

Diante do exposto, a saída da CNA da área institucional relacionada à economia sugere que, diferente do Governo Vargas, talvez o Governo Dutra não tivesse a mesma compreensão quanto ao papel da CNA para a economia do país por meio de sua função de apoiar o desenvolvimento da indústria de alimentos no país.

Em 1950, o Governo Dutra lançou o Plano SALTE – Saúde, Alimentação, Trabalho e Energia, um programa de gastos públicos nessas áreas. L’Abbate (1988) menciona que Josué de Castro participou da redação desse plano na área de assistência alimentar, conseguindo destinar uma verba para a CNA desenvolver estudos e pesquisas sobre os hábitos alimentares regionais e a composição de produtos destinados à alimentação. No entanto, a autora lembra que a maior verba dessa área destinava-se à rede de restaurantes do SAPS. O fato é que o Plano SALTE foi interrompido em menos de um ano porque o governo não conseguiu garantir o financiamento necessário para sua execução (SARETTA, 1995).

Como vimos, nas décadas de 1930 e 1940, não foram empreendidas medidas do Estado relacionadas à alimentação no âmbito da saúde pública. Há que se averiguar quais os motivos que levaram à vinculação institucional da CNA ao Ministério da Educação e Saúde em 1949. Nossa revisão não permitiu esclarecer completamente essa questão, mas encontramos algumas pistas que podem levar à construção de hipóteses, como discutiremos a seguir.

2.2 As agências internacionais e as origens de programas de Nutrição em Saúde Pública no Brasil

No processo de revisão da literatura, buscamos conhecer a organização do Ministério da Educação e Saúde no momento da vinculação da CNA para tentarmos compreender as possíveis motivações que levaram a tal arranjo institucional. Para isso, foi necessário voltar ao

início da década de 1930 para conhecer as transformações ocorridas na saúde pública no governo Vargas.

O Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) foi criado no início do governo Vargas (novembro de 1930). Na década anterior, as ações de saúde pública foram coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado por Carlos Chagas, subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores¹⁴. O DNSP foi incorporado ao novo ministério de Vargas com a denominação de Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social e, após a reforma administrativa em 1934, foi transformado no Departamento Nacional de Saúde (DNS) (LIMA; PINTO, 2003; HOCHMAN, 2005).

De acordo com Baptista (2007), os primeiros anos do MESP foram marcados pela inconstância e indefinição de projetos e propostas. A instabilidade política e as sucessivas mudanças no comando do novo ministério se estenderam até a posse de Gustavo Capanema, em julho de 1934, que permaneceu como ministro até 1945 (HOCHMAN, 2005).

Hochman (2005, p.131) afirma que, apesar de identificarmos elementos de continuidade, as modificações operadas pelo regime varguista marcaram de forma profunda e longa o que chama de campo da saúde pública no Brasil. A partir das reformas realizadas por Capanema durante o Estado Novo¹⁵, respectivamente em 1937 e 1941, “a saúde pública passava a espelhar as orientações mais gerais da política varguista de centralização política e administrativa e verticalização das ações estatais” (HOCHMAN, 2005). Segundo o autor, essas reformas definiram e consolidaram “a estrutura administrativa e institucional da saúde pública, que permaneceu quase inalterada até a criação do Ministério da Saúde em 1953, e de certo modo até o final dos anos 80”.¹⁶

¹⁴ Não iremos nos ater a explorar o período anterior a década de 1930, mas cabe mencionar que a reforma empreendida por Carlos Chagas, a partir da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1923, buscou incorporar o saneamento rural, a propaganda sanitária e a educação higiênica como preocupações do Estado. A década de 1920 foi marcada pela criação de um arcabouço institucional que defendia uma política pública de saúde de abrangência nacional e visava promover a saúde da população por meio de práticas de higiene e interiorização das ações de saúde (LIMA; PINTO, 2003). Para saber sobre a origem das políticas públicas e nacionais de saúde no Brasil sugerimos ver: HOCHMAN, G. A. Era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: HUCITEC/Anpocs, 1998.

¹⁵ O Estado Novo foi um período autoritário da nossa história, que durou de 1937 a 1945. Foi instaurado por um golpe de Estado que garantiu a continuidade de Getúlio Vargas à frente do governo central, tendo a apoiá-lo importantes lideranças políticas e militares.

¹⁶ De acordo com Hochman (2005, p. 131), “o principal responsável pela implementação das reformas na área da saúde, o médico sanitário João de Barros Barreto, foi empossado como diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS) em fevereiro de 1937, um mês após a reforma do ministério ter sido aprovada, permanecendo até 1939 e retornando ao cargo em 1941, deixando o cargo em 1945, com a queda de Vargas”. Barreto foi bolsista da Fundação Rockefeller em 1924-1925.

Em 1937, Capanema promoveu uma reforma mais geral da estrutura do MESP, que passou a se chamar Ministério da Educação e Saúde (MES). No campo da saúde, destaca-se a criação das Delegacias Federais de Saúde¹⁷, que tinham como função supervisionar as atividades necessárias à colaboração da União com os serviços locais de saúde pública e assistência médico-social e com instituições privadas, além da inspeção dos serviços federais de saúde.

Dessa forma, o Governo Federal pretendia ampliar a sua presença nas diversas regiões do país, implementando e supervisionando as ações de saúde pública. Cada delegacia federal de saúde funcionaria como um braço do ministério em uma determinada região e estabelecia uma relação íntima com os serviços sanitários estaduais, inclusive com a nomeação dos seus chefes. A instauração da ditadura em 10 de novembro de 1937 facilitou a implementação de uma reforma que pretendia aumentar a presença dos serviços sanitários federais nos estados, reformulando a relação entre estes e a União. Essa preocupação parecia ser uma resposta aos que indicavam que os serviços sanitários, a despeito de seus objetivos nacionais, concentravam-se, na prática, no Distrito Federal (HOCHMAN, 2005, p.132).

No âmbito da reforma de 1937, também foram criadas as Conferências Nacionais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde (assim como na área de educação). As conferências eram espaço para administradores e técnicos de saúde, com o objetivo de aglutinar representantes dos órgãos públicos de saúde na esfera federal e estadual para discussão e deliberação de normas técnicas e questões administrativas relativas à saúde pública. O conselho era um órgão consultivo do ministério, formado por especialistas em assuntos de Saúde Pública (HOCHMAN, 2005; CORTES *et al.*, 2009).

Ainda na mesma reforma do Ministério da Educação e Saúde, foi instituído o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência no Brasil. Com a reforma de 1937, foi criada a Divisão de Amparo à Maternidade e a Infância. Pouco depois, em fevereiro de 1940, ela foi extinta com a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCr), desvinculado do DNS (HOCHMAN, 2005; PEREIRA, 1999).

Lopes e Maio (2018) esclarecem que a criação do DNCr tinha entre seus objetivos demarcar a área de atuação dos médicos puericultores no país, que queriam diferenciar-se em

¹⁷ “Inicialmente, com a aprovação da reforma em 1937 (Lei n. 378, 13/01/ 1937), o território brasileiro foi dividido em oito regiões, contando cada uma delas com uma Delegacia Federal de Saúde. Estavam assim distribuídas: (1) Distrito Federal e estado do Rio de Janeiro; (2) Território do Acre e estados do Amazonas e Pará; (3) Estados do Maranhão, Piauí e Ceará; (4) Estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas; (5) Estados de Sergipe, Bahia e Espírito Santo; (6) Estados de São Paulo e Mato Grosso; (7) Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e (8) Estados de Minas Gerais e Goiás. Suas sedes foram estabelecidas nas seguintes cidades: Rio de Janeiro, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre e Belo Horizonte” (HOCHMAN, 2005, p.132).

relação às áreas de pediatria e da saúde pública. Nesse movimento, destaca-se o pediatra gaúcho Olinto de Oliveira.¹⁸

O Estado Novo de Vargas não apenas confiou a Olinto a direção do novo órgão como também contribuiu para que sua visão da puericultura como área de intervenção e atuação profissional distinta da clínica pediátrica e da saúde pública adquirisse bases institucionais, extinguindo o Setor da Criança até então existente no interior do DNS e garantindo, por lei, recursos federais aos estados que criassem seus próprios departamentos da criança. Colocando-se administrativamente no mesmo nível hierárquico do órgão responsável pela saúde pública, o DNC ficava subordinado apenas ao ministro Capanema (LOPES; MAIO, 2018, p. 353-354).

O DNCr defendia a criação de espaços próprios chamados “postos de puericultura”, compostos de consultórios de higiene infantil e pré-natal, lactários e cantinas maternas. O diferencial desses espaços seria a priorização de ações preventivas com base na educação e na distribuição de alimentos, em vez de assistência clínica para o tratamento de doenças. Daí o lema “manter sadia a criança sadia” veiculado na cartilha do DNCr. Lopes e Maio (2018) observam que

[a] construção de postos de puericultura em todo o território nacional, mediante a conjugação de esforços das diferentes esferas de governo e da iniciativa particular, constituiu a principal aposta dos puericultores para fazer frente aos problemas da saúde infantil no Brasil (LOPES; MAIO, 2018, p. 354).

O DNCr tinha como um dos pontos principais da sua agenda de atuação a defesa da “alimentação racional” de gestantes, recém-nascidos e crianças. Esse era um tema caro a Olinto de Oliveira, levando-o a desenvolver campanhas nacionais em prol da alimentação infantil a partir de 1934 (LOPES; MAIO, 2018).

A reforma de 1941 buscou intensificar a presença dos órgãos federais de saúde nos estados por meio da criação dos Serviços Nacionais de Saúde, que deveriam trabalhar em conjunto com as Delegacias Federais de Saúde e os governos estaduais para combater surtos epidêmicos e estabelecer métodos de controle e prevenção das doenças, privilegiando as

¹⁸ “Olympio Olinto de Oliveira (1866-1956) desempenhou papel-chave na construção de um organismo público de escopo nacional destinado à assistência materno-infantil em um processo que não foi destituído de tensões e conflitos. Formado na antiga Faculdade Nacional de Medicina em 1887 e tendo atuado ao lado de importantes nomes da assistência pediátrica de base filantrópica da Primeira República, como Moncorvo Filho e Fernandes Figueira, Olinto de Oliveira iniciou sua carreira na administração federal em 1930, assumindo a chefia da IHI do Distrito Federal por indicação do médico sanitarista Belisário Penna. [...] Com o regime autoritário instaurado em 1937, criaram-se, finalmente, as condições político-institucionais para que as concepções de Olinto de Oliveira acerca da assistência materno-infantil se consubstanciassem em um organismo autônomo em relação às políticas do DNS, o DNCr, instituído em 17 de fevereiro de 1940 por decreto presidencial. [...] Olinto de Oliveira definiu o puericultor como profissional que deveria conjugar os papéis do ‘médico, higienista, sociólogo e pedagogo’” (LOPES; MAIO, 2018, p. 352-353).

infectocontagiosas que atingiam a totalidade da comunidade nacional e não grupos específicos. Foram criados os seguintes serviços nacionais: da Peste; de Tuberculose; de Febre Amarela; do Câncer; de Lepra; de Malária; de Doenças Mentais; de Educação Sanitária; de Fiscalização da Medicina; de Saúde dos Portos; o Serviço Federal de Bioestatística e o Serviço Federal de Águas e Esgotos (HOCHMAN, 2005).

Dessa forma, o governo federal, por meio da equipe técnica que atuava nos estados (médicos sanitaristas, guardas sanitários, enfermeiras, engenheiros), buscava aumentar sua presença nos recantos mais remotos do país, conjugando centralização política com alguma forma de descentralização administrativa (HOCHMAN, 2005, p.135).

De acordo com Lima e Pinto (2003), as atividades de saúde pública tiveram impulso durante o Estado Novo, inclusive beneficiando-se do desenvolvimento e ampliação dos serviços de saúde na década anterior, intensificando o sanitarismo campanhista, crescente desde a gestão de Carlos Chagas no DNSP. O DNS ampliou a rede pública de centros e postos de saúde, e, no plano da medicina curativa, instalou hospitais gerais e sanatórios para tuberculose, doenças mentais e lepra (hanseníase).

Durante, Bender e Colomé (2003) ressaltam que esse modelo verticalizado de organização da saúde pública do Governo Federal não atendia às necessidades impostas por outras moléstias que atingiam as populações, centrando-se apenas em algumas doenças específicas. Os autores destacam ainda que esse novo modelo foi recebido de forma diferente pelas lideranças políticas estaduais:

Nas áreas onde havia pouca ou nenhuma assistência médico-hospitalar, essa proposta foi naturalmente bem aceita: esperava-se que as vilas e cidades mais carentes atraíssem a atenção do Governo Federal e recebessem postos médicos e até mesmo hospitais. Nos estados mais ricos, que já possuíam serviços de saúde organizados, a intervenção federal foi considerada desnecessária e centralizadora, mais dificultando do que ajudando a melhorar o atendimento à população (DURANTE; BENDER; COLOMÉ, 2003, p.72).

Outra questão de destaque durante o governo Vargas foi o aumento da participação norte-americana nos serviços de saúde pública no Brasil. A Fundação Rockefeller¹⁹, que

¹⁹ A Fundação Rockefeller, criada em 1913 na cidade de Nova York, foi a primeira organização filantrópica privada com foco na saúde internacional. Seu objetivo era controlar a ancilostomíase, a febre amarela e a malária nos países pobres. Seu financiamento era proveniente da companhia petrolífera do milionário John D. Rockefeller. “O pano de fundo histórico na época do surgimento da Rockefeller era a expansão dos imperialismos europeu e norte-americano, que alavancou o crescimento do mercado mundial. A saúde internacional foi considerada uma ferramenta essencial para proteger a economia dos portos e as populações

iniciou sua atuação no Brasil em 1916 para o desenvolvimento do ensino médico, de pesquisas científicas e campanhas sanitárias, a partir da década de 1930 intensificou suas atividades no combate à malária e à febre amarela por meio de contratos com o governo brasileiro. O Serviço de Febre Amarela e o Serviço de Malária do Nordeste, vinculados às ações da fundação, antecederam a criação dos respectivos serviços nacionais (HOCHMAN, 2005; KORNDÖRFER, 2016).

Em 1942, durante a II Guerra Mundial, foi firmado um convênio entre os governos brasileiro (Ministério de Estado dos Negócios das Relações Exteriores) e norte-americano (representado pelo Instituto de Assuntos Interamericanos - IAIA) para execução de um programa de cooperação em assuntos de saúde e saneamento, estratégia proposta ao governo dos EUA pelo líder empresarial Nelson Rockefeller (embasado pelas informações da Fundação Rockefeller acerca da situação sanitária brasileira). Esse convênio deu origem ao Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) (CAMPOS, 2005).

Para os norte-americanos, a criação do Sesp tinha o objetivo específico e imediato de criar condições sanitárias adequadas nos vales do Amazonas (produtor de borracha) e do Rio Doce (produtor de minério de ferro e mica) que garantissem o provimento de matérias-primas cruciais aos esforços militares dos Estados Unidos na II Guerra Mundial. Para o Brasil, Campos (2005, p. 2) chama atenção para o fato de que as políticas do Sesp se adequavam perfeitamente às políticas do Ministério da Educação e Saúde e ao processo de “*state and nation building*” do primeiro governo Vargas, tornando-o “um instrumento do projeto varguista de desenvolvimento econômico e ampliação da autoridade pública” (CAMPOS, 2005). Nesse sentido, destaca a continuidade e expansão do Sesp no país após o término da II Guerra Mundial:

Apesar de originalmente planejado pelos norte-americanos como uma agência temporária, com objetivos militares, o Sesp sobreviveu ao término da guerra e, no novo contexto internacional da Guerra Fria e da ‘invenção do desenvolvimento’, reorientou seus objetivos originais para a construção do modelo distrital de atendimento à saúde, fundamentado numa rede horizontal e permanente de unidades sanitárias. Nesse sentido, o Sesp continuou a desempenhar um papel de instrumento de fortalecimento do Estado nacional, ao promover saúde pública para populações rurais nas regiões-alvo dos planos desenvolvimentistas brasileiros. (CAMPOS, 2005, p. 2)

estrangeiras e locais que moravam nas cidades” (CUETO, 2015, p. 27). Segundo Korndörfer (2016), durante a primeira metade do século XX, nenhuma agência teve tanto alcance ou foi tão ativa na promoção da saúde pública internacional quanto a Fundação Rockefeller. Antes da fundação da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Divisão Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller foi, provavelmente, a agência de atuação em saúde pública mais importante do mundo.

A partir de 1949, o Sesp se expandiu para outros estados brasileiros por meio de convênios com os governos estaduais, promovendo a criação de unidades locais de assistência à saúde e de sistemas de abastecimento de água e esgotamento sanitário, além da capacitação de profissionais para pesquisa e gestão em saúde pública. Tornou-se um instrumento de expansão da autoridade pública no Brasil, exercendo em diversos lugares, por meio dos seus profissionais, o único contato da população com o poder público (CAMPOS, 2005; CAMPOS, 2008; RENOVATO; BAGNATO, 2010).

A presença norte-americana contribuiu fortemente na estruturação dos serviços de saúde e de saneamento básico, principalmente nas zonas rurais, na ordenação da formação de profissionais da área (seja em escolas nacionais ou pela oferta de bolsas de estudos nos EUA), no desenvolvimento de pesquisas e na difusão de princípios orientadores das atividades de saúde pública, como por exemplo: o estabelecimento de centros de saúde, a ênfase dada à educação sanitária e empreendimento de ações tanto da medicina preventiva como da curativa, alterando de acordo com a realidade brasileira o modelo norte-americano de exclusividade de ações preventivas (HOCHMAN, 2005; RENOVATO; BAGNATO, 2010; CAMPOS, 2008; KORNDÖRFER, 2016).

De acordo com Silva e Ferreira (2011) as ações do Sesp no âmbito da educação sanitária tinham o público materno-infantil como prioritário, partindo da “premissa de garantir à criança - desde antes do nascimento e em seus primeiros anos de vida - condições favoráveis para um crescimento e desenvolvimento saudáveis” (p. 97). Os autores destacam os investimentos do Sesp na assistência a esse público a partir da década de 1950:

A educação sanitária, em especial no âmbito da assistência materno-infantil, tornou-se, a partir da década de 1950, uma das áreas às quais o Sesp dedicou particular atenção. Serviços de assistência à saúde materno-infantil foram organizados em todas as regiões brasileiras onde foram implantados subpostos, postos de higiene ou hospitais do Sesp. As primeiras ações desse tipo tiveram lugar em municípios da região amazônica e do Nordeste, nos estados de Minas Gerais e Espírito Santo (região do Vale do Rio Doce) e no norte de Goiás. Na década de 1960, o órgão expandiu seus serviços para o sul do país, com especial atenção à região noroeste do Paraná (SILVA; FERREIRA, 2011, p. 96).

A sobrevivência e expansão do Sesp, por meio da renovação dos acordos entre Brasil e EUA, se deram no contexto da Guerra Fria, marcado pela polarização entre os países capitalistas e socialistas. As grandes potências capitalistas, lideradas pelos EUA, temendo o avanço do socialismo sobre os países pobres, procuram estabelecer programas de ajuda a eles como forma de tê-los como aliados. Ao mesmo tempo, essa estratégia de cooperação internacional abria novos mercados para os produtos norte-americanos. O Brasil não era visto

apenas como fornecedor de matérias-primas, mas como um grande consumidor de produtos norte-americanos (CAMPOS, 2006).

Campos (2005) observa que a renovação dos acordos com os EUA no campo da saúde pública ocorreu continuamente até 1960 em consonância com os planos desenvolvimentistas dos governos brasileiros subsequentes: Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), segundo governo Vargas (1951-1954) e a administração de Juscelino Kubitschek (1956-1961).

O Sesp dispunha de completa autonomia jurídica, administrativa e financeira no âmbito do Ministério da Educação e Saúde. Ou seja, não estava subordinado ao DNS, sendo uma agência internacional com status jurídico especial, financiada com recursos norte-americanos e brasileiros. O órgão elaborava suas políticas sanitárias em parceria com o IAIA. Esses foram motivos de grandes polêmicas durante a existência do serviço (CAMPOS, 2006).

Em 1960, o acordo com os Estados Unidos expirou e o Sesp foi transformado na Fundação Sesp, vinculada ao Ministério da Saúde, mas manteve-se numa situação diferenciada, permanecendo à parte do DNS (BRASIL, 1960).²⁰

Entre as ações desenvolvidas pelo Sesp estão programas de promoção de saúde no Nordeste em convênio com organismos internacionais, como a Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e as agências especializadas da Organização das Nações Unidas (ONU), como a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Aqui, cabe destacar que esses e outros organismos internacionais, criados após a II Guerra Mundial, serviram ao projeto dos Estados Unidos de

construção de uma liderança hegemônica multilateral por meio de uma política externa objetivada na criação e manutenção de uma ordem mundial cooperativa e liberal/democrática, melhorando sua imagem e credibilidade externa, e aumentando seu poder de influência global pela formação de consensos (NASCIMENTO, 2009, p. 71).

Mediante uma liderança hegemônica multilateral, os EUA passariam a usufruir de poder de imposição da ordem por meio da ONU, como intencionado desde as conferências formuladoras da nova instituição. Assim seria possível consolidar seus objetivos estratégicos históricos, construindo e sustentando com o apoio dos seus aliados, a ordem internacional democrática, capitalista e institucionalizada e de caráter cooperativo, possibilitando ampliar o bem-estar interno assim como melhorar sua imagem e credibilidade externa (NASCIMENTO, 2009, p.89)

²⁰ “Durante quase 50 anos de existência, chegou a atuar em 600 municípios, operando cerca de 861 unidades básicas de saúde. Manteve, ainda, o Instituto Evandro Chagas (IEC), que possuía o principal laboratório de investigação em arbovirose no país e desenvolvia inúmeros projetos de investigação científica nos campos da Virologia. Dele, faziam parte o Centro Nacional de Primatas (Cenp), que estudava a biologia e a reprodução de animais para pesquisas científicas, e a Escola de Enfermagem de Manaus (EEM), que preparava profissionais de enfermagem para os quadros da Fundação Sesp e Região Amazônica”. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/fsesp>. Acesso em: jan. 2019

É nesse contexto que as agências internacionais irão incidir sobre a questão alimentar e nutricional no Brasil, dando origem aos programas de nutrição voltados ao público materno-infantil e escolar.

Embora no Brasil essa incidência de organismos internacionais sobre a questão da nutrição e saúde tenha ocorrido a partir da década de 1950, é válido esclarecer que em outros países a emergência da Nutrição em Saúde Pública ocorreu no período após a I Guerra Mundial, a partir da criação da Liga das Nações (LN)²¹ em 1919 e, vinculada a ela, da Organização de Saúde da Liga das Nações (OSLN), em 1922. Bizzo (2012), ao analisar estudos que se debruçaram sobre o trabalho de nutrição da OSLN, identifica que entre as ideias prevalentes na organização acerca da modernização social e da melhoria das condições de vida, um conhecimento especializado sobre alimentação foi mais demandado devido aos problemas alimentares oriundos da I Guerra e, posteriormente, da Grande Depressão de 1929.

Os problemas alimentares eram discutidos na OSLN sob uma perspectiva ampla que reunia elementos biológicos, econômicos e sociais, estimulando debates sobre nutrição em relação à pobreza, morbidade e saúde infanto-juvenil. A ideia de que a alimentação era essencial para a saúde e prevenção de doenças infecciosas, principal problema de saúde da época, foi um dos fatores que favoreceu um papel científico e político circunstanciado para a nutrição no plano internacional. A publicação do relatório *Nutrition and Public Health* em 1935, que teve imensa repercussão internacional, sedimenta a nutrição como tema específico e sistemático da agenda da OSLN (BIZZO, 2012).

Não encontramos referências sobre a incidência direta da OSLN no desenvolvimento do chamado campo da Nutrição no Brasil. Talvez porque o país se retirou da Liga das Nações em 1926, durante o governo do presidente Arthur Bernardes, ou seja, em período anterior ao que os estudos apontam como o início do desenvolvimento do campo da Nutrição no Brasil (décadas de 1930-1940). No entanto, o estudo de Bizzo (2012) nos mostra que grandes pesquisadores das escolas que influenciaram os brasileiros pioneiros nesse campo (escolas norte-americanas, europeias e a escola argentina) tiveram forte participação na OSLN, contribuindo para o desenvolvimento científico em nutrição, para a formação de pessoal especializado e para a proposição de ações governamentais de melhoria da alimentação dos povos²².

²¹ A Liga das Nações ou Sociedade das Nações, criada em 25 de janeiro de 1919, no final da I Guerra Mundial, espelhava a tentativa de evitar outras guerras, através de um novo tipo de ação diplomática.

²² Em 1939, a OSLN realizou sua III Conferência Internacional de Alimentação na capital argentina, a primeira realizada pela agência fora da Europa (devido à relevante atuação do médico argentino Pedro Escudero na região). Foi um marco para a expansão da nutrição latino-americana no período, pois foi a primeira vez que

A LN foi extinta em 1942, assim como a OSLN. Com o término da II Guerra Mundial, foi criada em 1945 a ONU e, a partir de então, foram criadas suas agências especializadas.

Inicialmente, as atenções da ONU foram voltadas para a reconstrução da Europa; em seguida, passaram a residir no apoio aos países mais pobres. Os problemas em torno da alimentação da população mundial ganharam ainda mais importância no pós-guerra, nos âmbitos político e econômico. Assim, a primeira agência especializada da ONU a ser criada foi a *Food and Agriculture Organization* (FAO), a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação, em 16 de outubro de 1945 (BIZZO, 2012).

Em 1946, foi criado o *United Nations International Children's Emergency Fund* (Unicef), ou em português, Fundo Internacional de Emergência para a Infância das Nações Unidas, para ajuda emergencial às crianças vítimas da guerra. Após 1953, passou a ser um órgão permanente da ONU denominado Fundo das Nações Unidas para a Infância (mantendo a sigla Unicef), incluindo em sua missão a assistência à infância em países em desenvolvimento (UNICEF, 2016).

Em 1948, foi criada a agência da ONU especializada em saúde – Organização Mundial de Saúde (OMS), que no ano seguinte incorpora em sua estrutura a Organização Sanitária Pan-Americana, que passou a ser o Escritório Regional para as Américas da OMS, sendo denominada a partir de 1958 como Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (OPAS/OMS, 2015).

A FAO se estabeleceu no Brasil em 1949 e, em 1950, realizou no Rio de Janeiro a Conferência Latino-Americana de Nutrição. A conferência foi presidida por Josué de Castro, dando início à sua carreira na FAO, para a qual foi eleito e reeleito diretor de 1952 a 1956 (L'ABBATE, 1988).

Em 1951, com a volta de Getúlio Vargas ao poder, a Comissão Nacional de Alimentação (CNA) foi finalmente regulamentada. Foi atribuída a essa comissão a função de comitê nacional da FAO, seguindo as recomendações desse organismo internacional para todos os países membros. Para L'Abbate (1988), tal fato pode ter conferido à comissão certo

especialistas e gestores locais de nutrição de países dessa região “puderam se reunir para trocar ideias, estabelecer contatos, debater juntos algumas tendências científicas, ser sujeitos conjuntos da análise de suas próprias realidades e pensar em interações locais futuras” (BIZZO, 2012, p.78). Compareceram à conferência representantes de 17 países americanos, entre eles o médico brasileiro Alexandre Boavista Moscoso, especialista em nutrição e sanitarista do Ministério da Educação e Saúde Pública, que no ano seguinte participaria da primeira administração do Saps do Brasil. Moscoso externou no evento as intenções do governo brasileiro de iniciar uma política em favor da alimentação popular, em função da convicção do presidente Vargas de que a alimentação seria “o eixo para a formação de um povo forte” (BIZZO, 2012).

prestígio, mas não alterou significativamente seu funcionamento. No entanto, a autora destaca que passou a haver uma preocupação em elaborar um Plano Nacional de Alimentação.

O primeiro Plano Nacional de Alimentação foi elaborado pela CNA, de acordo com as recomendações da FAO e da OMS, com participação de técnicos norte-americanos, que passaram a assessorar a comissão, sobretudo em inquéritos alimentares. O plano geral de trabalho “A conjuntura alimentar e o problema de nutrição no Brasil” foi lançado em 1953 e apresentado na III Conferência Latino-Americana de Nutrição, realizada em Caracas-Venezuela. Nesse mesmo ano, os setores de saúde e educação passaram a ter ministérios próprios e a CNA ficou vinculada ao Ministério da Saúde (MS)²³ (L’ABBATE, 1988; BRASIL, 1953).

L’abbate (1988) faz alguns destaques sobre o intuito desse plano que passou a privilegiar o grupo mais sensível aos efeitos da desnutrição, o grupo materno- infantil.

O Plano Nacional de Alimentação é o primeiro a mencionar a necessidade de cuidar da desnutrição, problema ‘número um da Saúde Pública’, que tem ‘suas raízes mergulhadas profundamente na estrutura econômica e social da Nação’. Ao insistir na necessidade de cuidar da desnutrição e da subnutrição como problemas de saúde, passa-se a preocupar com o efeito (desnutrição) mais do que com a causa (fome). A partir da ligação desnutrição-saúde, enfatiza-se a necessidade de privilegiar o grupo mais sensível aos efeitos da desnutrição – o materno-infantil. Menciona-se também o escolar e o trabalhador como grupos que devem ser cuidados (L’ABBATE, 1988, p. 124).

Coimbra (1985) atenta para o fato de que somente após 10 anos do início da política pública de alimentação no Brasil, voltada aos trabalhadores urbanos, é que o público materno-infantil passou a ser priorizado, e que isso só ocorreu “na coincidência de um conjunto muito particular de circunstâncias, que tiveram que se ajustar para que o Estado, visto em bloco, sacudisse sua letargia e sua indiferença concreta para com o tema” (p. 87). Segundo o autor,

[...] seria profundamente incorreto supor que o conhecimento da desnutrição, por si só, tem qualquer implicação necessária em termos de geração de uma política para resolvê-la ou atenuá-la. Não há, portanto, em outras palavras, uma relação direta de causa e efeito entre a disponibilidade de informações minuciosas e detalhadas a respeito do estado alimentar de uma população e a decisão de lançar grandes programas governamentais de alimentação e nutrição, nem no Brasil, nem em qualquer parte do mundo (COIMBRA, 1985, p. 81-82).

²³ O Decreto nº 34.596, de 16/11/1953, que aprova o regulamento do Ministério da Saúde, sobre a CNA apenas estabelece que: “Art. 5º A Comissão Nacional de Alimentação e o órgão incumbido de assistir o Governo na formulação da política nacional de alimentação, competindo-lhe coordenar, para esse fim, as atividades relacionadas com os problemas de alimentação compreendidas nos vários órgãos da Administração Pública. Parágrafo único. A Comissão Nacional de Alimentação será presidida por um de seus membros, eleito em sessão plenária, por maioria de votos.”

Tanto Coimbra (1985) quanto L'Abbate (1988) destacam o papel essencial do Unicef para o desenvolvimento de programas voltados ao combate à desnutrição materno-infantil no Brasil na década de 1950.

Após as situações emergenciais que levaram à criação do Unicef, essa agência da ONU buscava se institucionalizar, expandindo sua atuação nos países que classificava como “em desenvolvimento”, por meio de práticas de promoção da saúde materno-infantil. Coutinho (1988) indica que o aumento da contribuição financeira do Brasil ao Unicef e o agravamento do problema alimentar das crianças brasileiras levaram o governo a pleitear a colaboração dessa agência para o financiamento dos seus programas voltados à proteção da infância, iniciando as negociações para tanto em 1948.

O Unicef instalou seu primeiro escritório no Brasil na cidade de João Pessoa/PB, em 1950. Em 1951, iniciou a ajuda ao Brasil contemplando apenas quatro estados: Paraíba, Ceará, Piauí e Rio Grande do Norte. Essa ajuda consistia principalmente na distribuição de leite em pó desnatado, mas também incluía “margarina e cápsulas de vitaminas; assim como [a] melhoria de hospitais materno-infantis e campanhas de educação para a saúde” (COUTINHO, 1988, p. 34). Em 1953, a ajuda do Unicef já atendia onze estados do país, o que levou o governo brasileiro a comprar leite adicional diretamente do mercado americano com preços subsidiados (COIMBRA, 1985).

Não podemos deixar de mencionar as graves consequências desse tipo de programa no Brasil, chamadas por Coêlho (1978) de “algumas desvantagens”:

precipitação de um surto epidêmico de hipovitaminose A (a grande maioria de lesões oculares referidos, entre 1950 e 1960, está associada ao uso de leite em pó desengordurado); substituição do leite materno pelo leite desengordurado, ocasionando, conseqüentemente, diminuição do período de amamentação (COÊLHO, 1978, p.330).

A partir das informações de Coutinho (1988), observa-se que o governo brasileiro iniciou suas negociações com o Unicef antes de a CNA ser transferida para o Ministério da Educação e Saúde e antes que fosse regulamentada e se construísse seu Plano Nacional de Alimentação, cuja prioridade era o desenvolvimento de assistência e educação alimentar com foco no público materno-infantil e escolar.

Tendo em vista a ausência de poder institucional da CNA e o seu não envolvimento com a assistência materno-infantil, é plausível supor que não partiu dessa comissão o pleito para a negociação do governo junto ao Unicef para ajuda alimentar, iniciada em 1948. Naquele contexto, parece-nos que o DNCr era o órgão cujo foco de ação tinha maior

aproximação com a proposta de distribuição de alimentos do Unicef, e que, por isso, esse Departamento pode ter sido protagonista no processo de negociação que levou ao início do programa de ajuda alimentar da agência internacional no Brasil.

Continuando essa construção de hipóteses, talvez a vinculação da CNA ao Ministério da Educação e Saúde em 1949 tenha sido consequência desse processo de negociação junto ao Unicef. Uma vez que o programa de ajuda alimentar estaria vinculado a um departamento do MES, poderia fazer sentido ter a CNA também no mesmo ministério. Josué de Castro, diante da extinção do CFCE, pode ter visto como uma alternativa naquele momento vincular a CNA a um ministério que vinha ampliando suas articulações com organismos internacionais que tinham interesse no tema da nutrição (como Unicef, OMS, OPAS).

Com relação às propostas do Plano Nacional de Alimentação lançado em 1953, L'Abbate (1988) indica que ocorreu somente a concretização da ação de assistência alimentar aos escolares, garantida por meio da doação de alimentos pelo Unicef. No entanto, quando esse programa é institucionalizado como Campanha de Merenda Escolar, em 1955, passou a ser vinculado e dirigido pelo Ministério da Educação e Cultura, e não pela CNA.²⁴

Existindo por quase 30 anos e passando praticamente todo esse período vinculada ao Ministério da Saúde (considerando os 19 anos entre 1953 e 1972), não encontramos registros de protagonismo da CNA junto ao DNS ou ao Sesp. L'Abbate (1958) aponta que, a partir de 1956, a CNA se propôs a integrar o Programa de Assistência e Educação Alimentar às Gestantes e Nutrizes, realizado em conjunto com as demais atividades assistenciais do DNCr, da Legião Brasileira de Assistência (LBA)²⁵ e de outras entidades semelhantes. Contudo, não encontramos registros que esclareçam essa participação.

Alguns estudos sugerem que o protagonismo na implementação dos programas de suplementação alimentar para o público materno-infantil no Brasil partiu de órgãos norte-

²⁴ Desse modo, iniciado com a distribuição de leite em pó e de farinhas enriquecidas, apoiado em instituições de auxílio internacional, o Programa de Merenda transformou-se, ao longo desses anos, no Programa Nacional de Alimentação Escolar, sustentado e coordenado pelo Governo Federal e executado pelos Governos Estaduais e, posteriormente pelos Municipais. O programa cresceu, diversificou-se (incluindo a distribuição de produtos industrializados - formulados - e de alimentos 'in natura') e firmou-se como um dos maiores, mais abrangentes e efetivos programas de distribuição de alimentos, funcionando, hoje, sob a coordenação do FNDE - Fundo Nacional para o Desenvolvimento da Educação/ MEC. É o mais antigo programa de alimentação em execução no Brasil (BARROS; TARTAGLIA, 2003, p. 120).

²⁵ Sociedade Civil Pública criada em 1942, pela então primeira-dama Darcy Vargas, com o objetivo de ajudar as famílias dos soldados enviados à II Guerra Mundial, contando com o apoio da Federação das Associações Comerciais e da Confederação Nacional da Indústria. Com o final da guerra, tornou-se um órgão de assistência às famílias necessitadas em geral. A LBA tinha como presidentes as primeiras-damas do governo federal. Em 1969, a LBA passou a ser uma fundação, com o nome de Fundação Legião Brasileira de Assistência, mantendo a mesma sigla LBA, e vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. Em 1977, passou a ser vinculada ao Ministério da Previdência Social e, em 1990, passa para ao Ministério da Ação Social. Fonte: Acervo Arquivístico da Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: < <http://fonte.ufsm.br/index.php/legiao-brasileira-de-assistencia-lba>>

americanos de atuação internacional, ou das agências da ONU que também serviam aos propósitos dos EUA, que adentraram o país a partir da década de 1950. Essa “ajuda alimentar” era parte do projeto econômico e ideológico dos EUA para ampliação do mercado internacional para seus produtos (inclusive os alimentos-mercadorias) e da sua dominação sobre os países em desenvolvimento, em especial da América Latina, buscando a preservação da sua hegemonia continental no contexto da Guerra Fria (LIMA; DIAS, 2016; BARBOSA, 2008; VASCONCELOS, 2005). Assim, parece-nos que se a CNA teve algum papel no desenvolvimento de tais programas, deve ter sido como coadjuvante, quem sabe como figurante.

Ainda sobre sua atuação, L’Abbate (1988) cita que a CNA seguiu nos anos 60 a realização e publicação de pesquisas, divulgação de material didático e realização de cursos de Nutrição em Saúde Pública em parceria com a OPAS e a OMS.

Segundo L’Abbate (1988), a atuação do grupo de Josué de Castro no campo das políticas de alimentação perde força nos governos que sucedem a Era Vargas e termina com o “final melancólico” da CNA em 1972. A partir do trabalho dessa autora, vimos que, enquanto a CNA seguia enfraquecida e sem expressão, Josué de Castro se destacava no cenário internacional, chegando a presidir o Conselho Executivo da FAO em Roma (1951-1955). Em seguida, destacou-se como deputado federal por Pernambuco em dois mandatos (1955-1959 e 1959-1963), assumindo posições progressistas e de oposição ao governo, como a defesa da reforma agrária. Castro teve seus direitos cassados após o golpe militar em 1964 (CPDOC/FGV, 2017b)²⁶, exilando-se na França, onde faleceu em 1973. Mas, mesmo afastado da direção da CNA, seu nome mantinha-se ligado ao grupo de nutrólogos que permaneceu na comissão até o fim.

Foi no período de afastamento de Josué de Castro do país que outro médico pernambucano desponta como referência da Nutrição no Brasil: foi graças ao protagonismo de Nelson Chaves e de seu grupo no Instituto de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco que foi construída a concepção da “Nutrição em Saúde Pública” que deu origem a uma proposta de política de alimentação e nutrição empreendida no Governo Militar a partir

²⁶ Em março de 1964, os militares deflagraram um golpe contra o governo do presidente João Goulart com a justificativa de que era preciso deter a ameaça comunista que assolava o Brasil por incompetência do regime democrático que vigorava no país desde o fim da II Guerra Mundial. De acordo com CPDOC/FGV (2017b), “com o golpe, deu-se início à implantação de um regime político marcado pelo ‘autoritarismo’, isto é, um regime político que privilegia a autoridade do Estado em relação às liberdades individuais, e o Poder Executivo em detrimento dos Poderes Legislativo e Judiciário”. O Regime Militar estendeu-se de março de 1964 ao início de 1985.

de 1974. Na seção seguinte, iremos explorar brevemente a construção dessa concepção para compreender seus desdobramentos mais adiante.

2.2.1 A emergência de um novo grupo e das bases para outra proposta de política de alimentação e nutrição no Brasil

Nelson Ferreira de Castro Chaves formou-se médico em 1930 no Rio de Janeiro. Especializou-se na área de endocrinologia e nutrição e, em 1934, ingressou na Faculdade de Medicina da Universidade do Recife como professor assistente da cátedra de clínica terapêutica, da qual se consagrou livre-docente em 1935. Em 1943, consagrou-se titular da cátedra de fisiologia. Inicialmente, suas publicações científicas foram relacionadas à endocrinologia e/ou à fisiologia e tiveram como temáticas específicas o hipertireoidismo, o diabetes insípido, a hipoglicemia espontânea, outras alterações endócrinas e a fisiologia sexual (VASCONCELOS, 2001a).

O médico-docente-pesquisador aproximou-se da saúde pública ao assumir a função de gestor dessa área em Pernambuco. De 1940 a 1943, época do governo de Agamenon Magalhães, exerceu o cargo de Diretor Geral do Departamento de Saúde Pública do estado e, no período de 1949-1951, foi Secretário de Saúde e Assistência Social, durante o governo de Barbosa Lima Sobrinho. Depois dessas experiências, dedicou-se exclusivamente à vida acadêmica, especialmente às atividades de ensino, pesquisa e extensão relacionadas à nutrição (VASCONCELOS, 2001a).

De acordo com Vasconcelos (2001a; 2001b), Nelson Chaves protagonizou a criação do Instituto de Nutrição e Fisiologia da Faculdade de Medicina de Recife, em 1956, e, no ano seguinte, do curso de nutricionistas, o sexto a ser criado no Brasil e o segundo da região nordeste²⁷. Também em 1956, o Instituto firmou convênio com a Fundação Rockefeller para desenvolvimento de ações de pesquisa e ensino. Em 1962, esse instituto passou a ser o

²⁷ Na época existiam os cursos de nutricionistas do Instituto de Higiene de São Paulo (atual curso da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo), do SAPS (atual curso da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Unirio), do Instituto Municipal de Nutrição do Rio de Janeiro (atual curso da Universidade do Estado do Rio de Janeiro), do Instituto de Nutrição da Universidade do Brasil (atual curso da Universidade Federal do Rio de Janeiro) e o curso da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Instituto de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (INUFPE)²⁸ (VASCONCELOS, 2001a; 2001b; COSTA, s.d.).

De acordo com Costa (s.d.), em novembro de 1960, o Instituto de Fisiologia e Nutrição foi indicado pela OMS como Centro de Preparação de Pessoal de Nível Superior e Médio em Nutrição no Nordeste. Por meio da cooperação científica e financeira com a OMS, a partir de 1963, o Instituto passou a ofertar cursos anuais de especialização em Nutrição e Saúde Pública para médicos. Até 1970, foram realizados sete cursos propiciando a formação de grande número de profissionais vindos de vários estados do Brasil.²⁹ Entre os médicos formados na segunda turma do curso em 1965, destaca-se Malaquias Batista Filho³⁰, que nesse período deu início a sua trajetória de docente dessa instituição, passando a coordenar os cursos de especialização em Saúde Pública.

Em 1964, por sugestão da OMS, foi criada a Divisão de Nutrição em Saúde Pública do INUFPE, onde se constitui um núcleo inicial de docentes que desenvolveram uma série de outras ações que caracterizaram o processo de institucionalização da Nutrição em Saúde Pública protagonizado por Nelson Chaves. Entre essas ações estão: a realização de pesquisas nutricionais com populações da Zona da Mata pernambucana; a implantação dos Centros de Educação e Recuperação Nutricional (CERN); a elaboração de Planos de Ações de Nutrição a serem desenvolvidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde; e a criação do curso de mestrado em Nutrição do INUFPE (VASCONCELOS, 2001a; 2001b; COSTA, s.d.).

Costa (1995, p. 219 *apud* VASCONCELOS, 2001a, p. 1511) destaca o objetivo do curso de mestrado em Nutrição do INUFPE: "preparar pessoal de alto nível para atender à demanda de profissionais de nutrição nos setores de docência, de pesquisa e de assessoria, supervisão e planejamento de serviços de saúde pública". De acordo com Vasconcelos (2001b, p.18), o mestrado, criado em 1971, "foi o principal lócus de produção e/ou reprodução de novos conhecimentos e agentes sociais nesse campo do saber científico".

Em meados de 1962 o *Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defense* (ICNND), Comitê Interdepartamental sobre Nutrição para a Defesa Nacional dos Estados

²⁸ Com a reforma universitária ocorrida durante o Governo Militar, foi transformado em Departamento de Nutrição da UFPE.

²⁹ Não encontramos referências que indiquem que esses cursos contaram com participação ou colaboração da CNA.

³⁰ Médico graduado pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em 1961. Enquanto acadêmico, participou do movimento estudantil como secretário de saúde da União Estadual dos Estudantes da Paraíba, tendo, inclusive, atuação junto ao movimento das Ligas Camponesas do estado. Por sua atuação como militante de esquerda, em 1964, com o golpe militar, foi demitido de suas funções na UFPB e no Serviço da Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), nos quais exercia atividades profissionais. Sem possibilidade de trabalho na Paraíba, foi a Recife tentar uma vaga no curso de especialização do INUFPE, onde permaneceu e desenvolveu sua carreira docente por quase 40 anos (VASCONCELOS, 2000).

Unidos, firmou convênio com o INUFPE para realização de um inquérito nutricional no nordeste do Brasil, pesquisa conhecida como *Northeast Brazil Nutrition Survey* (Inquérito de Nutrição do Nordeste do Brasil). Nelson Chaves foi colíder da pesquisa realizada em 1963 por uma equipe composta por pesquisadores brasileiros e americanos, em 16 municípios de seis estados do nordeste. O foco do estudo foram as causas da desnutrição, sobretudo as carências de proteínas e vitaminas (BUNCE, 2005; VASCONCELOS, 2001a; VASCONCELOS, 2000; COSTA, s.d.).³¹

As atividades iniciais do ICNND consistiam em avaliar e melhorar os problemas nutricionais de importância técnica, militar e econômica em países aliados dos Estados Unidos. De acordo com Underwood (2005),

Pela primeira vez em países em desenvolvimento, os levantamentos do ICNND quantificaram os proeminentes problemas nutricionais de populações representativas e suas possíveis razões, incluindo fatores econômicos, agrícolas e socioculturais. Isso forneceu aos governos uma base sólida para uma abordagem integrada de seus problemas de alimentação e nutrição, isto é, uma estrutura para formular, implementar e avaliar uma ampla gama de possíveis ações corretivas e políticas baseadas na maximização do uso de seus próprios recursos (UNDERWOOD, 2005, p. 1277, tradução livre)³²

Malaquias Batista, em entrevista a Vasconcelos (2000), destacou a importância dessa pesquisa para o INUFPE e lembra que ela apresentava mais propósitos políticos do que científicos:

Essa pesquisa significou muito para o Departamento³³ de Nutrição, até porque eu a relatei entre os fatos históricos que devem ter contribuído para mudar a linha de pesquisa do departamento. Agora, a pesquisa tinha muito mais propósitos políticos do que, propriamente, científicos. [...] Essa pesquisa foi interessante em termos de romper a inércia e, até, vamos dizer, romper um paradigma. A Nutrição era desenvolvida majoritariamente dentro de laboratórios. E passaram a ter outra visão, outro tipo de interesse. Mas ela tinha, nitidamente, uma conotação política. Os estudos feitos pelo ICNND, naquela época, foram, sobretudo, em países com problemas políticos: Colômbia, Equador, Bolívia, Paraguai e Chile; em vários países da América Central, Honduras, Guatemala e El Salvador e, antes de entrarem no Vietnã, fizeram também na Malásia e nas Filipinas. Enfim, no mundo inteiro (VASCONCELOS, 2000, p. 538-539).

No entanto, Malaquias Batista faz várias críticas sobre a metodologia dessa pesquisa e conclui: “Então, essa pesquisa do ICNND tem, sem dúvida, uma importância histórica. Mas se você perguntar se tem uma importância epidemiológica, é duvidoso responder que sim”

³¹ Não encontramos referências que indiquem a participação ou colaboração da CNA nesse inquérito nutricional.

³² Em 1957, o ICNND lançou o “*Manual for Nutrition Surveys*”, um guia para as equipes de pesquisas dos diversos países.

³³ No ano da entrevista (1997), o INUFPE já tinha sido transformado em Departamento de Nutrição da UFPE (pela reforma universitária de 1975).

(VASCONCELOS, 2000, p. 539). Ele critica que a mostra tenha sido enviesada e que a conclusão do estudo de que a hipovitaminose A seria o principal problema nutricional da região foi equivocada.

É importante mencionar que a vinda do ICNND para o nordeste brasileiro guarda relação com o fato de que essa região passou a ter bastante visibilidade devido ao crescimento do movimento dos trabalhadores rurais que se organizaram nas chamadas Ligas Camponesas³⁴ contra o modelo latifundiário e pela redistribuição de terras. Esse movimento fez com que o governo norte-americano caracterizasse essa região do Brasil como “um provável foco de insurgência comunista na América, seguindo assim, os passos de Cuba” (BARBOSA, 2010, p. 39).

Aqui cabe um parêntese: em 1955, foi realizado o I Congresso Camponês de Pernambuco, presidido por Josué de Castro, à época deputado federal pelo estado, ocasião em que foi criada a estrutura orgânica e eleita a primeira diretoria do movimento das Ligas Camponesas. É fato que o apoio de Josué de Castro a tal movimento contribuiu para a cassação de seu mandato e seu exílio do país.

Tal situação levou à assinatura, em abril de 1962, do Acordo de Cooperação Financeira e Técnica para o Desenvolvimento do Nordeste, mais conhecido como o “Acordo do Nordeste”. Tratou-se de um acordo bilateral entre a Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene) e o governo norte-americano, representado pela então recém-criada USAID, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, sendo estabelecido um escritório especial em Recife (BARBOSA, 2010).

A USAID foi criada pelo presidente John F. Kennedy em 1961 por meio da Lei de Assistência ao Exterior. Seu objetivo foi reunir em uma única agência a administração da ajuda dos Estados Unidos a países estrangeiros para promover o desenvolvimento social e econômico. Reuniu, assim, várias organizações e programas de assistência externa existentes (USAID, 2019).

Segundo Lima e Dias (2016), na gestão do presidente Kennedy (de 1961 a 1963), a assistência alimentar ganharia um caráter maior de política externa. Para isso, a USAID

³⁴ Foi por apoiar o movimento das Ligas Camponesas na Paraíba que Malaquias Batista foi demitido de seus empregos públicos após o golpe de 64 e precisou mudar-se para Recife. Segundo ele, Nelson Chaves sabia de seu envolvimento político, mas o acolheu mesmo assim no INUFPE. Malaquias destaca isso porque “[e]le tinha uma formação política mais conservadora, era ligado, historicamente, à monocultura da cana de açúcar. O pai dele, Eurico Chaves, tinha sido, eu creio, senador. Era dono de um engenho, o Engenho Vênus. E o irmão dele era coproprietário da maior usina de açúcar de Pernambuco e da América Latina, a Catende. No entanto, ele sabia que eu era militante da esquerda e me acolheu” (VASCONCELOS, 2000, p. 537).

passaria a administrar, de forma conjunta com o *U.S Department of Agriculture* (USDA), a assistência alimentar dos EUA.

Em 1966, sob o governo do presidente Lyndon B. Johnson, a assistência alimentar norte-americana, desenvolvida desde 1954, passa a ser oficialmente chamada de “Food For Peace Program” (Programa Alimentos Para a Paz) e é “reestruturada para atender mais objetivos humanitários e desenvolvimentistas, visando aumentar o *soft power* em meio à guerra por corações e mentes” (LIMA; DIAS, p. 194).

Coimbra (1985) sinaliza que, já no início da década de 1960, o Unicef sai de cena da doação de alimentos para o Brasil, sendo substituído pelo programa de doações diretas do governo norte-americano. O autor destaca que, com o golpe militar de 1964, as entregas de alimentos aumentam muito em quantidade e diversidade.

De acordo com Silva (1995), essa distribuição de alimentos foi acompanhada de “tentativas para introduzir ou desenvolver localmente alimentos formulados de baixo custo como Soleina, Vitasoy, Sacy, Fortifex, Cerelina, concentrados proteicos de peixe e macarrão com soja” (p. 88). Ou seja, construção de mercado para novos alimentos que não faziam parte dos hábitos alimentares da população brasileira.

Assim, podemos verificar que a região nordeste congregou um conjunto de ações de organismos internacionais nas décadas de 1950 e 1960 (Fundação Rockefeller, Unicef, OPAS/OMS, ICNND, USAID), cujos projetos tinham relação com a questão alimentar e nutricional e de saúde das populações, que propiciaram a Nelson Chaves e seu grupo condições para se desenvolverem como uma nova referência da Nutrição no país. Não esqueçamos que, no mesmo período, o Sesp e os Departamentos Nacionais de Saúde e de Saúde da Criança do Ministério da Saúde expandiam seus serviços e ações no território nacional, e que Nelson Chaves vivenciou essa expansão enquanto secretário estadual de saúde. Isso também pode ter contribuído para que ele protagonizasse a institucionalização da Nutrição em Saúde Pública em Pernambuco, tanto no âmbito acadêmico quanto no aparelho do Estado.

Esse processo caracterizou-se pela produção de um corpo de conhecimentos científicos específicos sobre a epidemiologia da desnutrição proteico-calórica e de outras carências nutricionais da região; pela formação/capacitação de um núcleo inicial de agentes sociais construtores/detentores desse capital científico; pela aplicação prática desses conhecimentos científicos através da implantação dos programas de intervenção nutricional e pela publicação/divulgação dessa produção científica, o que garantiu a legitimidade ou reconhecimento social dessa área de conhecimento específico no interior do campo da Nutrição brasileira (VASCONCELOS, 2001b, p. 18).

A institucionalização do campo da Nutrição em Saúde Pública no estado de Pernambuco se deu pelo deslocamento de Chaves e seu grupo da perspectiva estritamente biológica para a perspectiva social³⁵, mudando o eixo de atuação desses cientistas do laboratório para a comunidade e tornando a desnutrição proteico-calórica grave das crianças na Zona da Mata Pernambucana o seu principal objeto de estudo e intervenção.

Esse deslocamento teve influência do intercâmbio científico entre o INUFPE e outras instituições nacionais e internacionais. Vasconcelos (2001b) destaca o estabelecimento de convênios com a OPAS/OMS, que possibilitou, entre outras atividades, a criação dos cursos de especialização em Nutrição em Saúde Pública para médicos, que já mencionamos, e a atuação do consultor de nutrição Ivan Beghin junto aos docentes da Divisão de Nutrição em Saúde Pública da instituição (de 1967 a 1971).³⁶

De acordo com Malaquias Batista, Nelson Chaves discutiu muito com a OPAS, pois a organização “questionava que o enfoque deveria ser muito mais amplo, que não se interessaria muito pelo laboratório em si, pela pesquisa interna com animais de biotério. O que interessaria seriam as pesquisas de intervenção, sobretudo, em nível de população” (VASCONCELOS, 2000, p.537).

Ivan Beghin era um médico belga, consultor de Nutrição da OMS que chefiou a Divisão de Saúde Pública do *Institute of Nutrition of Central America and Panama* (INCAP - Guatemala), formando lideranças técnicas para implantar e avaliar programas de nutrição na América Latina e Caribe, inclusive no Brasil³⁷. Batista Filho e Rissin (2015, p. 236) destacam que a principal contribuição de Beghin “consistiu em conceber e testar modelos causais hierarquizados para compreender os vários níveis (proximal, intermediário e distal ou estrutural) da complexa rede de fatores que determinam o estado nutricional.”

³⁵ Em seus trabalhos, Vasconcelos se refere à perspectiva biológica como aquela direcionada à pesquisa clínica e experimental, preocupada com aspectos clínico-fisiológicos e individuais relacionados ao consumo e à utilização biológica dos nutrientes. A perspectiva social diz respeito aos estudos dietético-nutricionais de populações, cuja atenção se volta para os aspectos econômico-sociais e populacionais relacionados à produção, à distribuição e ao consumo de alimentos.

³⁶ Esse intenso intercâmbio é mais detalhado no texto de Costa (s.d.) “Histórico do Departamento de Nutrição e seus antecessores” disponível no site institucional:

<<https://www3.ufpe.br/ccs/images/Documentos/historicodep.pdf.pdf> >

³⁷ Ivan Beghin faleceu em abril de 2015. O último curso que ministrou para profissionais de Nutrição no Brasil ocorreu em 2013/14 como parte do curso de especialização em Gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, realizado pela Fiocruz em parceria com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. Ele participou da formação ou da atuação profissional de algumas das pessoas que entrevistamos neste estudo. Sua filha, Nathalie Beghin, tornou-se uma importante liderança na área no Brasil. Ex-alunas e lideranças da área de alimentação e nutrição no Brasil prestaram homenagens em virtude de seu falecimento divulgadas em sites institucionais: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/tributo-ao-mestre-ivan-beghin/10245/>; <http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/noticias/2015/abril/ex-alunas-prestam-homenagens-postumas-a-ivan-beghin>

O chamado ‘modelo causal’, elaborado por Beghin *et al.*, foi consagrado como uma ‘arquitetura’ bem mais universal, tanto que hoje se aplica para a análise de diversos problemas epidemiológicos, sejam doenças infecciosas, crônicas não transmissíveis, transtornos mentais ou de outra natureza. Trata-se, de fato, de uma evolução paradigmática, ao estabelecer a ‘genealogia’ dos problemas de saúde em âmbito populacional, escapando da concepção reducionista dos modelos limitados aos fatores imediatos ou proximais, tipo causa/efeito. Circula, com essa visão ampliada, desde os espaços acadêmicos até o vasto campo da definição de políticas e de programas públicos de saúde, estruturados na compreensão holística do desenvolvimento humano. O prof. Beghin tornou-se assim um personagem da história recente das academias, das esferas de governo e dos analistas teóricos ou pragmáticos dos eventos que gravitam na complexa cadeia do processo saúde-doença, em escala de coletividades (BATISTA FILHO; RISSIN, 2015, p. 236)

O desenvolvimento dos inquéritos nutricionais permitia identificar as causas estruturais das carências nutricionais, mas enquanto as soluções para essas questões exigiam ações de longo prazo por diferentes setores dos governos nacional e locais, os pesquisadores iniciaram a implementação de intervenções emergenciais com foco na recuperação do estado nutricional. As intervenções nutricionais empreendidas pelo grupo do INUFPE para o combate à desnutrição foram os Centros de Educação e Recuperação Nutricional (CERN) e o Programa de Suplementação Alimentar Supervisada (SAS) (VASCONCELOS, 2000).

Segundo Malaquias Batista, esses centros nasceram de uma proposta teórica de um consultor da OMS, José Maria Bengoa, que havia sido experimentada por Ivan Beghin no Haiti.

Bengoa propôs, esquematicamente, que as crianças com desnutrição de terceiro grau, segundo a classificação de Gomez, fossem tratadas em hospital; que as com desnutrição de segundo grau fossem tratadas em CERNs; que aquelas com primeiro grau fossem beneficiárias de um programa de suplementação alimentar e que as normais simplesmente recebessem orientação alimentar (VASCONCELOS, 2000, p. 540).

De acordo com Coêlho (1978, p. 330), Bengoa idealizou os CERN em 1955. Um total de 10 países experimentaram esse tipo de programa, incluindo o Brasil, totalizando 30 centros implantados até o início da década de 1970. A autora aponta que o objetivo principal era “educar a mãe através da recuperação do filho”, destacando que esse componente educativo diferenciava os CERN dos programas anteriores de distribuição de alimentos, mas, reconhecendo que, “como todo programa isolado, apresenta um efeito limitado dentro do quadro multidisciplinar da desnutrição” (COÊLHO, 1978). Indica como características desse programa: recuperação à base de alimentos disponíveis localmente; participação das mães na rotina do trabalho e em sessões educativas; e operação de menor custo em relação ao internamento hospitalar.

No Brasil, a implantação dos CERN foi iniciada em 1968 na Unidade de Campo do INUFPE na cidade de Ribeirão, Zona da Mata sul do estado de Pernambuco. De acordo com Costa (s.d.), a instalação desse CERN contou com a ajuda técnica e financeira de alguns organismos nacionais e internacionais, além do apoio irrestrito da prefeitura da cidade: Diaconia (entidade privada com fins sociais); Legião Brasileira de Assistência (LBA); OPAS/OMS; Secretaria de Saúde de Pernambuco; Sudene; e *William Waterman Fund of Research Corporation*³⁸.

Segundo Malaquias Batista (VASCONCELOS, 2000), a Unidade de Campo de Ribeirão foi criada por Nelson Chaves como espaço para estágio obrigatório dos alunos do curso de Nutrição da UFPE. Ele lembra que nessa unidade foram operados projetos da USAID, antes da criação do CERN. Com base no diagnóstico do inquérito do ICNND, desenvolveram por um ano um projeto de combate à hipovitaminose A, através do enriquecimento do leite desengordurado com vitamina A³⁹, em nível domiciliar. Também menciona a atuação de voluntários do Programa Alimentos para a Paz nessa Unidade de Campo:

A experiência que tive com o grupo do Programa Alimentos para a Paz é que eles mandaram 10 ou 12 voluntários para a Unidade de Campo de Ribeirão, e eu fui encarregado de fazer um treinamento com esse pessoal. A despeito de toda idiosincrasia ideológica que eu tinha, achei muito interessante essa experiência, porque nós editamos, naquele momento, um instrutivo em três línguas (“ruralês”, português e inglês) sobre as doenças mais comuns da região, inclusive, sobre o kwashiorkor, que era muito comum naquela época. Assim, quando eles encontravam um caso de kwashiorkor na zona rural, logo encaminhavam para a gente. Foi assim que percebemos que o kwashiorkor tinha uma fase estacional (sazonal). [...] Na área rural, não existia, praticamente, nenhum tipo de assistência. Então, nós aproveitamos esse pessoal (eram quase todos de nível universitário), que deve ter contribuído um pouco, nessa linha assistencialista, para encaminhamento de alguns dos nossos problemas. A despeito da mensagem e do interesse político de que eles eram portadores, eu aprendi uma coisa com eles: os estudantes e os profissionais americanos chegavam aqui e iam para o campo, os nossos não iam, era um grande problema levar nossos estudantes e profissionais para o campo. É claro que eles deviam estar ali com motivos muito fortes; na época, eram os Estados Unidos contra a Rússia. Com os brasileiros, nem os que eram pró nem os que eram contra tinham uma atividade militante desse tipo. Pelo menos, eu aprendi com eles essa disposição de militante (VASCONCELOS, 2000, p. 539).

Além do CERN de Ribeirão, foram instalados outros sete em Pernambuco: dois na cidade de Recife, em Tejió e na Ilha de Santa Terezinha (bairro de Santo Amaro); e os

³⁸ O Fundo Williams-Waterman para o Combate de Doenças Dietéticas, um dos maiores programas da *Research Corporation for Science Advancement*, desenvolveu projetos nas Filipinas, Nova Zelândia, China Nacionalista, Cuba, Índia, Chile, Brasil, Guatemala, África do Sul, Argentina, Peru, Uganda e no Haiti. Supomos que Ivan Beghin tenha articulado a colaboração desse fundo para o projeto dos CERN em Pernambuco. Para saber mais ver: <<http://rescorp.org/news/2008/10/research-corporations-williams-waterman-fund>>

³⁹ Seria uma tentativa de sanar o problema que causaram com a distribuição massiva de leite em pó desengordurado a partir do início da década de 1950?

demais nas cidades de Água Preta, Gameleira, Primavera, Belém de Maria e Joaquim Nabuco. Também foram implantados CERN nas cidades de Fortaleza e Maceió, por solicitação dos estados do Ceará e Alagoas, que foram supervisionados pelo INUFPE entre os anos de 1971-1972 (COSTA, s.d.).

De acordo com Costa (s.d.), realizavam-se nos CERN o diagnóstico clínico/nutricional da população (especialmente de menores de 5 anos) e educação nutricional para as mães e era ministrada suplementação alimentar às crianças. Quanto aos resultados dos CERN, a autora indica que “não obstante constituírem uma experiência bem-sucedida, os elevados custos operacionais inviabilizaram a continuidade do programa”. Malaquias Batista, no entanto, faz uma avaliação diferente, não considerando o CERN um bom instrumento:

Mas eu não veria o CERN, inclusive naquela época, como um bom instrumento. Acho que foi um bom instrumento de aprendizado para a gente. Nós, depois, fizemos uma avaliação e verificamos que não seria tanto o problema de custo, quando comparado, por exemplo, ao custo hospitalar. Nessa avaliação, nós pegamos os dados do CERN, os dados do IMIP sobre recuperação de crianças desnutridas e os dados dos programas de suplementação alimentar que incluíam casos de segundo e terceiro grau. Nós vimos o seguinte: segundo e terceiro grau também podem ser tratados, desde que não tenham complicação, dentro dos serviços ambulatoriais. O que é possível é que a gente tenha como necessidade cinco a seis dias dentro do hospital. Talvez tenha até necessidade, em alguns casos, de ter algo como um centro de recuperação, não de quatro meses como se fazia antes, mas até que se consolide uma fase inicial de cura ou até que se consolide uma conduta da mãe em relação a isso. Mas não como um espaço que deve concluir todo o ciclo da recuperação da criança desnutrida e de acompanhamento dos irmãos (VASCONCELOS, 2000, p. 540).

Sobre o Programa de Suplementação Alimentar Supervisada (PSAS), Malaquias Batista esclarece que

conceitualmente, surgiu com base na visão de Beghin e de um argentino consultor da OPAS, Mário Eisler, que tinham concebido a ideia da chamada ‘criança contato’ e da ‘família vulnerada’. Era o conceito de risco usado em doenças infecciosas que passava a ser utilizado dentro da família (dentro da Nutrição) (VASCONCELOS, 2000, p. 541).

Coelho (1978, p. 331) corrobora com o esclarecimento de Malaquias Batista, indicando que o PSAS “nasceu da consideração do caráter familiar da desnutrição proteico-calórica”, visando atender os contatos das crianças desnutridas (irmãos, gestantes e lactentes).

De acordo com as “Normas para a Suplementação Alimentar Supervisada”, elaboradas pelo INUFPE e por Ivan Beghin, o princípio do programa era de que “o suplemento é um meio de tratamento e de prevenção prescrito pelo médico aos desnutridos (o critério de seleção é médico e não social). Por conseguinte, a aplicação do suplemento deve ser controlada e limitada no tempo” (COELHO, 1978, p. 332).

O suplemento por criança/dia consistia em: 30g de leite em pó desengordurado e enriquecido com vitamina A e 50g de fubá de milho (equivalente a 1/3 das necessidades de calorias e proteínas). A duração da suplementação era de quatro meses, podendo ser renovada somente por decisão expressa do médico (COELHO, 1978).

Observamos que as normas do PSAS estabeleciam um controle rígido para inclusão e manutenção de beneficiários, tanto no serviço de saúde, onde estes deveriam comparecer quinzenalmente, quanto em seus domicílios, que eram sistematicamente visitados para verificar as condições de armazenamento e utilização do suplemento (COELHO, 1978).

Havia grande responsabilização da mãe pelo sucesso ou não da suplementação. Era realizado o controle de sua presença no dia e hora marcados para comparecer ao serviço de saúde para participar de sessão educativa obrigatória que antecedia a distribuição do suplemento alimentar. Em caso de falta não justificada, no dia seguinte profissionais da unidade de saúde deveriam realizar inquérito domiciliar para investigação. Após a segunda falta não justificada, o beneficiário seria excluído do programa (COELHO, 1978).

No dia da distribuição do suplemento, era realizado o acompanhamento do crescimento e estado de saúde das crianças beneficiárias. No caso em que fosse identificado um ganho de peso insatisfatório ou algum problema de saúde, a criança era encaminhada ao atendimento médico, ou, se necessário, era realizada uma visita domiciliar. As mães das crianças que não aumentaram de peso satisfatoriamente eram reunidas após a entrega do suplemento para discutir e planejar as medidas a serem tomadas, incluindo uma visita domiciliar obrigatória no dia seguinte (COELHO, 1978).

As normas do PSAS são apresentadas por Coelho (1978) como exemplo para o desenvolvimento de um programa de nutrição. De acordo com Malaquias Batista, o PSAS serviu como protótipo para o Programa de Nutrição em Saúde implementado pelo Governo Militar entre 1975 e 1985 (VASCONCELOS, 2000).

De acordo com Vasconcelos (2001b), o grupo de pesquisadores do INUFPE, a partir das suas preocupações em buscar soluções para a problemática da desnutrição infantil em Pernambuco, unificou-se em torno da “concepção ecológico-humanista centrada na inter-relação de fatores epidemiológicos relacionados à produção, ao consumo e ao aproveitamento biológico dos alimentos pelos chamados grupos biológica e socialmente vulneráveis à desnutrição” (p.19).

O livro *Nutrição Básica e Aplicada*, publicado por Nelson Chaves em 1978, foi um dos principais veículos de circulação das ideias do grupo de cientistas do Departamento de

Nutrição da UFPE⁴⁰ e se tornou uma das referências bibliográficas fundamentais do processo didático-pedagógico de formação do nutricionista brasileiro nos anos 1980, contribuindo para definir quais os problemas e métodos legítimos da Nutrição em Saúde Pública no Brasil, seja como ciência, política social ou profissão (VASCONCELOS, 2001a; BOSI, 1988).

Para Vasconcelos (2001a), *Nutrição Básica e Aplicada* constituiu a obra síntese da trajetória acadêmico-intelectual de Nelson Chaves, sendo a publicação que o popularizou⁴¹. A primeira parte do livro (a maior dele) dedica-se aos aspectos fisiológicos e bioquímicos da nutrição, “A Nutrição Básica”. Os capítulos da segunda parte do livro tratavam sobre a nutrição aplicada: nutrição x infecções; má nutrição e carcinogênese; diagnóstico do estado nutricional da população; epidemiologia das carências nutricionais; principais carências nutricionais (desnutrição calórico-proteica, anemias nutricionais, bócio endêmico, hipovitaminose A, cárie dental); aspectos econômicos sociais da desnutrição; e programas de nutrição (CHAVES, 1978).

O prefácio da primeira edição do livro foi escrito por Bertoldo Kruse Grande de Arruda⁴², pesquisador do grupo de Nelson Chaves que, a partir de 1974, assumiu a presidência do órgão condutor da política de alimentação e nutrição do Governo Militar, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). Foi a partir de 1976, com o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (II PRONAN), que a concepção ecológico-humanista do grupo de Chaves⁴³ passa a dominar a política pública de alimentação e nutrição no Brasil (VASCONCELOS, 2001a, p. 1515).

⁴⁰ Além de Nelson Chaves e Malaquias Batista Filho, são autores de capítulos do livro as seguintes professoras do Departamento de Nutrição da UFPE: Ramanita Mayer Varela; Francisca Martins Bion; Suzana Maria Ferreira Gomes Teixeira; Heloísa de Andrade Lima Coêlho; Eridan de Medeiros Coutinho e Lucilla Pereira da Costa Gomes de Freitas.

⁴¹ Quando ingressei no curso de graduação em Nutrição na UFAL, em 1999, o Centro Acadêmico realizou uma gincana como uma das atividades de recepção aos novos alunos. Entre os prêmios para o grupo vencedor estava o livro *Nutrição Básica e Aplicada* de Nelson Chaves. Só agora, após 20 anos, compreendo que, ao perder a gincana, deixei de ganhar uma obra tão emblemática para a Nutrição no Brasil. Não me recordo desse livro ter sido uma das referências bibliográficas indicadas por meus professores durante minha formação de nutricionista (a maioria dos meus professores havia realizado graduação e/ou pós-graduação no Departamento de Nutrição da UFPE).

⁴² Pernambucano da capital, graduou-se em Medicina em 1948 na Universidade do Recife. Fez especialização em Saúde Pública pelo Instituto Oswaldo Cruz do Departamento Nacional de Saúde em 1949 (atual ENSP/Fiocruz) e especialização em Puericultura e Administração pelo Departamento Nacional da Criança/Ministério da Saúde em 1952, atuando neste último de 1956 a 1964 como médico puericultor concursado. Entre 1950 e 1951, foi Chefe do Serviço de Higiene da Alimentação do Departamento de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco e entre 1959 e 1963 foi Secretário de Estado dos Negócios de Saúde e Assistência Social no governo de Miguel Arraes. Presidiu o INAN de setembro de 1974 a março de 1985. De 1985 a 2001, foi diretor do Departamento de Pesquisas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), atual Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (ARRUDA, 2008).

⁴³ Nelson Chaves foi coordenador do Curso de Mestrado em Nutrição (07/1975 a 06/1976) e chefe do Departamento de Nutrição da UFPE (09/1975 a 06/1976). Em 1978 recebeu o título de Professor Emérito da UFPE. Faleceu em 1982, na cidade de Recife, aos 76 anos de idade.

Arruda aponta no prefácio do livro de Chaves (1978) que a solução dos problemas nutricionais impõe uma política social articulada e que as intervenções diretas para evitar o agravamento da magnitude do problema (os programas nutricionais) sejam compreendidas como componentes de serviços integrais de saúde pública. Referindo-se ao historiador Arnold Toynbee conclui: “A nossa vitória nesse domínio, referiu o eminente historiador, parece dever se consumir proximamente pela aliança da Saúde Pública e da Nutrição, de uma medicina preventiva eficaz com uma nutrição conveniente”.

Na segunda edição do livro, publicada em 1985, o último capítulo “Programas de Nutrição”, de autoria de Heloísa de Andrade de Lima Coêlho, foi substituído por um capítulo escrito por Arruda intitulado “O Programa Nacional de Alimentação e Nutrição – PRONAN”, que apresenta justamente as concepções e proposições do INAN durante os dez anos de sua gestão como presidente dessa instituição (1974-1984).

O que chama nossa atenção é que, embora os trabalhos de Vasconcelos citados anteriormente apontem para a mudança de Nelson Chaves e seu grupo do laboratório para a comunidade, ou da perspectiva estritamente biológica da Nutrição para a perspectiva social, os modelos de intervenção experimentados por eles (CERN e PSAS) nos parecem ainda distantes da concepção “ecológico-humanista” que o autor atribui ao grupo, ao menos com base nas poucas referências que conseguimos encontrar sobre eles.

Trataremos na seção seguinte das proposições e realizações do INAN, dedicando-nos em especial aos seus programas empreendidos no âmbito da saúde pública.

2.3 Uma autarquia federal só para a alimentação e nutrição: a Nutrição em Saúde Pública a partir do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

Como vimos, o que se desenvolveu enquanto política de alimentação no Brasil entre os anos 1950 e 1960 se resume a três tipos de programas com características peculiares, conforme resumiu Coimbra:

O de trabalhadores se especializa no meio urbano, é um instrumento eminentemente ideológico e opera como mecanismo integrado à política previdenciária, sendo custeado integralmente com recursos nacionais. **O materno-infantil** fica na área de saúde pública, apoiando-se em uma rede pré-existente de postos de puericultura, distribui principalmente leite em pó obtido no duplo sistema de doações e compras governamentais diretas e se desenvolve com sacrifício na qualidade do atendimento. Muito disso ocorre também com **o programa de**

alimentação escolar, o maior de todos em cobertura, que se localiza nas burocracias do setor educacional, nele se preservando, até por isso, mais firmemente, nem que fosse um pouco, o controle do saber nutricional sobre as tendências de expansão apontadas. Daí, ao contrário dos anteriores, ele ficar como o mais distintivamente “nutrológico”, o que implica, por exemplo, em uma intermitente, mas frequente, utilização de “alimentos racionais”, produzidos pela indústria sob a inspiração dos cientistas, sem que isso queira dizer que tais produtos tenham algum dia chegado sequer a se comparar à importância do leite em pó (COIMBRA, 1985, p.89, grifos nossos).

Na década de 1960, ocorreu o declínio e a extinção do SAPS em 1967, com o desaparecimento do tema da alimentação do trabalhador da agenda da política brasileira durante os dez anos seguintes⁴⁴. Com relação aos outros programas, já mencionamos o aumento das doações de alimentos efetuadas por agências norte-americanas após o golpe de 1964 que propiciaram a expansão dos mesmos, sobretudo o de alimentação escolar. No entanto, já no início da década de 1970⁴⁵, ocorre o fim das doações norte-americanas gerando impactos sobre os dois programas sobreviventes. Era preciso buscar soluções para manutenção do seu funcionamento (COIMBRA, 1985).

O país tinha como presidente o general Médici (1969-1974), o terceiro do Regime Militar, e ainda vivia o chamado “milagre econômico”⁴⁶. O Governo pós-64 tinha uma forma de poder organizada em novas estruturas burocráticas para o controle da “ordem social”, cujo funcionamento era baseado num planejamento fundamentado no saber técnico, conferindo-lhe o caráter de “racionalidade” e “eficiência” (L’ABBATE, 1989, p. 8).

Nesse contexto, foi criada, no final de 1972, uma agência centralizadora das atividades de alimentação e nutrição, que substituiu a decadente CNA, sob a forma de autarquia

⁴⁴ Em 1977 foi criado o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), como parte do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (II PRONAN), com gestão do Ministério do Trabalho. Até o final do ano de 2018 o PAT continuava existindo.

⁴⁵ Segundo Lima e Dias (2016, p. 195): “Durante as décadas de 1950 e 1960, os EUA, como ator dominante do mercado agrícola internacional, também se esforçava em manter reservas de grãos com o intuito de estabilizar os preços internacionais. Os estoques administrados e mantidos pelo governo eram necessários frente ao problema da superprodução pelo qual passava o setor agrícola do país. As compras governamentais dos excedentes de produção (que preenchiam esses estoques) garantiam, principalmente, que os preços das commodities permanecessem a níveis competitivos e satisfatórios e não estivessem vulneráveis à volatilidade da oferta de alimentos no mercado internacional. A crise de alimentos de 1970, que elevou drasticamente os preços no mercado internacional, marca justamente o declínio dessa ordem. Fatores exógenos tornaram os estoques norte-americanos difíceis de serem justificados domesticamente, pois o contexto propiciava uma excelente oportunidade de lucro por meio do comércio. Em outros termos, os interesses agrícolas que antes contavam com as compras governamentais para escoar sua produção, passaram a ter oportunidades melhores no mercado internacional. A queda dos estoques prejudicaria a ajuda alimentar internacional norte-americana, uma vez que os excedentes de alimentos eram a base desse tipo de auxílio. A partir de 1972, os EUA mantiveram uma reserva mínima de grãos e os preços internacionais começaram a flutuar de forma mais brusca (ROTHSCHILD, 1976)”.

⁴⁶ Foi uma retomada do crescimento econômico no país vivenciado entre 1968 e 1974.

vinculada ao Ministério da Saúde: o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) (COIMBRA, 1985).

Ao INAN competia:

I - assistir o Governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição, inclusive quanto à educação nutricional; II - elaborar e propor ao Presidente da República o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), promover sua execução, supervisionar e fiscalizar sua implementação, avaliar periodicamente os respectivos resultados e, se necessário, propor sua revisão; e III - funcionar como órgão central das atividades de alimentação e nutrição. Art. 3º O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) elaborará programas de assistência alimentar destinados a atender, prioritariamente, a população escolar de estabelecimentos oficiais de ensino do primeiro grau, gestantes, nutrízes, lactentes e população infantil até seis anos, assim como programas de educação nutricional, principalmente para população de baixa renda familiar. Parágrafo único. Progressivamente, outros grupos sociais de alta prioridade poderão ser incorporados ao programa de assistência alimentar, na medida da disponibilidade de recursos. (BRASIL, 1972)

O presidente do INAN era indicado pelo presidente da República, sendo o primeiro Antônio Ruiz de Gamboa, um diplomata de carreira. Em março de 1973, foi instituído o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), em vigor até 1974. O I PRONAN definia 12 subprogramas básicos, sendo os maiores: o de educação alimentar à população; o de assistência alimentar às gestantes, nutrízes e crianças; e o de assistência alimentar a escolares. Esse último continuou sendo gerenciado pelo MEC, que resistiu à sua mudança para o INAN, e consumiu mais de 60% dos recursos destinados ao I PRONAN (COIMBRA, 1985).

De acordo com Coimbra (1985, p. 95), a gestão Gamboa foi marcada pelo excessivo gasto com material publicitário, promoção de encontros e custeio da administração central do INAN, além dos resultados pífios do seu projeto denominado Ação Comunitária de Alimentação (ACAL), considerado “a espinha dorsal de toda a programação do INAN”.

O referido projeto consistia na criação de Unidades-ACAL onde eram distribuídos alimentos em contrapartida à participação dos beneficiários nas atividades estabelecidas (ações nos postos de saúde, cursos de educação materna, cursos de alfabetização e profissionalizantes). Ao final da gestão de Gamboa, existiam 41 Unidades-ACAL distribuídas em 11 estados do país. Coimbra (1985) aponta que, assim como a Campanha de Alimentação Escolar sob gestão do MEC, o INAN na gestão Gamboa também empreendeu esforços para interessar o empresariado das indústrias de alimentos a participar do PRONAN, contribuindo para “o melhoramento do padrão alimentar do homem brasileiro” (p. 99).

Após apenas 1 ano e 4 meses de sua criação, o INAN sofreu uma intervenção devido a “inadequação administrativa”, que levou à demissão do seu presidente, assumindo sua direção o coronel das Forças Armadas Gilson Ferreira de Almeida. Coutinho (1988, p. 37) explica sobre este fato:

A ação vertical do INAN, ignorando as demais estruturas setoriais de governo e as administrações estaduais e municipais, gerou descontentamentos, que somados aos problemas de natureza administrativa da instituição conduziu o novo governo federal, que assumia naquela época, a instaurar, em março de 1974, inquérito administrativo, com demissão de vários dirigentes e funcionários, ficando o INAN sob intervenção administrativa, de abril a agosto de 1974.

Em setembro de 1974 a direção do INAN foi confiada a Bertoldo Kruse Grande de Arruda, do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (INUFPE).

Bertoldo Kruse⁴⁷ foi presidente do INAN de setembro de 1974 a março de 1985. Os primeiros cinco anos desse período corresponderam ao governo do Presidente Ernesto Geisel (1974-79) que marcou o início da abertura política do país após três governos militares caracterizados pelo endurecimento das práticas ditatoriais. O *slogan* do Governo Geisel, “abertura lenta, gradual e segura”, resume seus propósitos para realizar o processo de retorno à democracia.

O Governo Geisel coincide com o fim do “milagre econômico”, que na verdade, promoveu aumento da concentração de renda e da degradação das condições de vida da classe trabalhadora, evidenciados pelo Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF), realizado entre agosto/1974 e agosto/1975 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com assessoria da FAO (VASCONCELOS, 2005).

Nesse contexto, o Presidente Geisel lançou em setembro de 1974 o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), que definiu a política nacional de desenvolvimento nas áreas econômica e social para o período de 1975 a 1979. De acordo com Arruda e Arruda (2007), o II PND reformulou a visão e a atuação governamental no campo social, com base em três princípios:

a) o da **igualdade hierárquica entre o desenvolvimento social e o econômico** e da simultaneidade dos dois processos; b) o do **tratamento privilegiado para os grupos de baixa renda**, considerados objeto principal da política social; e c) o da

⁴⁷ Não foi possível identificar como se deu a chegada de Bertoldo Kruse a esse cargo.

responsabilidade compartilhada entre a área social e a área econômica na solução dos problemas sociais (ARRUDA; ARRUDA, 2007, p.321, Grifos nossos).

A partir dos delineamentos colocados no II PND em janeiro de 1975 o INAN estabeleceu convênio com o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), que havia elaborado o PND, para construção do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN). Arruda e Arruda (2007) indicam que ao final de 1975, o texto básico do II PRONAN elaborado pelo grupo INAN e IPEA foi debatido em um seminário com participantes das áreas acadêmica, governamental e empresarial, onde destacam a participação das seguintes lideranças: Nelson Chaves, Fernando Figueira, Yaro Ribeiro Gandra, Alberto Carvalho da Silva, Eduardo Kertézs e Mário Magalhães da Silveira⁴⁸,

Em fevereiro de 1976 ocorreu a aprovação do II PRONAN, com vigência correspondente ao II PND, que “traduziu um novo comportamento político-administrativo e revelou-se inovador ao conceber a desnutrição como uma doença social” (ARRUDA; ARRUDA, 2007, p.321).

Para Escorel (1999, p. 161-62), o II PRONAN destacou-se no conjunto de medidas da intervenção estatal no campo médico-sanitário entre 1974 e 1978 juntamente com o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Ambos nasceram no IPEA, na equipe do setor saúde coordenada pelo Dr. Eduardo Kertesz, e foram posteriormente incorporados na linha de atuação do Ministério da Saúde. A autora destaca que os dois programas além de terem sido originados na mesma equipe do IPEA, precisavam de grande volume de recursos para a sua implementação, o que os afastava “da já habitual exiguidade financeira dos programas do Ministério da Saúde”, e teriam impacto político maior do que sua importância efetiva.

Costa (1992) indica que a inovação político-administrativa do II PRONAN se dava pela introdução de mecanismos de articulação e coordenação intersetoriais, até então inexistentes na administração pública federal, que buscavam a execução de uma política social articulada. Além do INAN, participavam de sua execução vários outros órgãos e entidades vinculadas aos Ministérios da Saúde, Educação e Cultura, Previdência e Assistência

⁴⁸ Yaro Ribeiro Gandra e Alberto Carvalho da Silva eram experts na área de nutrição vinculados à Universidade de São Paulo (USP); Fernando Figueira era médico e criador do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); Eduardo Kertézs era especialista da área de saúde do IPEA; Mário Magalhães da Silveira foi a maior liderança da corrente de pensamento sanitarista desenvolvimentista. De acordo com Escorel (2015), ele era crítico dos programas de saúde e nutrição operados no Brasil por agências internacionais. Sobre sua trajetória ver: Escorel, S. Mário Magalhães: Desenvolvimento é Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8):2453-2460, 2015. Sobre Nelson Chaves ver a sessão anterior deste trabalho.

Social, Trabalho e Agricultura, todos representados no Conselho deliberativo de assessoramento direto ao Presidente da República.

O II PRONAN partiu do princípio de que “a melhoria das condições nutricionais de uma população depende da redução de custos de produção e comercialização de alimentos básicos e da melhor distribuição de renda”. Nessa perspectiva teve como objetivos simultâneos equacionar o problema da desnutrição e estimular a modernização da produção e comercialização de alimentos em áreas rurais de baixa renda (COSTA, 1992, p. 117).

Segundo Arruda e Arruda (2007, p.321-322), a formulação do II PRONAN teve os seguintes pressupostos:

a) a população-alvo deve ser escolhida com base na vulnerabilidade social, considerando como variável determinante a renda e como limite a renda familiar de até dois salários mínimos;

b) a prioridade de faixa etária deve considerar a vulnerabilidade biológica, para atendimento ao período de vida do ser humano em que ele é, por condições fisiológicas, mais vulnerável às agressões das deficiências nutricionais;

c) a seleção do suplemento alimentar deve dar preferência aos alimentos tradicionais, levando em consideração que a dieta de quase todas as pessoas gira em torno de um grupo reduzido de alimentos, dos quais deriva a maior parte das calorias e proteínas;

d) a opção por alimentos básicos fundamenta-se também no seu custo comparativo mais baixo, somado à necessidade de estimular os pequenos e médios produtores rurais, que constituem o núcleo de produção desses alimentos, canalizando, dessa maneira, o volume de compra dos programas de suplementação alimentar para assegurar uma demanda aos pequenos produtores e reduzir, ao mesmo tempo, os canais de comercialização do que produzem.

Os mesmos autores indicam que a região Nordeste foi definida como área prioritária de atuação do programa “em virtude da alta prevalência dos problemas nutricionais e das perspectivas de incremento da potencialidade produtora dos pequenos agricultores, os quais aumentariam sua renda e o consumo de alimentos, reorientando a sua produção para o mercado, em vez de produzirem predominantemente para seu próprio consumo” (ARRUDA; ARRUDA, 2007, p.322).

O trabalho de Costa (1992) esclarece que o enfoque do II PRONAN de estímulo à produção de alimentos básicos a partir do apoio aos pequenos produtores era divergente do que vinha sendo estabelecido na década anterior com relação à produção de alimentos para o enfrentamento da problemática alimentar e nutricional da população. O que vinha sendo

incentivado com a expansão de programas de suplementação alimentar, após o encerramento das doações de alimentos por agências internacionais, era o desenvolvimento das indústrias de produtos alimentares especializadas em concentrados proteicos de alto valor nutricional (empresas multinacionais), que tiveram a garantia de mercado institucional especialmente pelo programa de alimentação escolar.

Segundo Bertoldo Kruse, o II PRONAN definiu “um corpo doutrinário de conceitos e um conjunto de instrumentos operativos voltados para o desafio abrangente de racionalizar a produção, comercialização e consumo de alimentos, bem como otimizar, por meio de ações de saúde, o aproveitamento biológico de energia e nutrientes” (BATISTA FILHO; BARBOSA, 1984).

A análise do II PRONAN mereceria uma grande dedicação e empenho, não só pela sua envergadura e período de execução, mas, sobretudo pelas dificuldades de recuperação de documentos institucionais do INAN, de acesso a estudos realizados à época sobre a implementação de seus diversos programas e acesso aos sujeitos protagonistas de sua formulação e implementação, além da análise do contexto político e social do período em que foi executado.

Diante disso, neste estudo apenas apontaremos as características de programas e ações desenvolvidas no âmbito do II PRONAN em interface com os serviços de saúde pública no seu período de vigência (que foi estendido até 1984). Em seguida, trataremos brevemente sobre os programas e ações desenvolvidos pelo INAN na década seguinte até sua extinção em 1997.

O II PRONAN era composto por um conjunto de programas de responsabilidade do INAN e de programas de responsabilidade de outros órgãos da gestão pública⁴⁹. Malaquias Batista Filho explica que existiam três linhas de atuação:

Uma primeira linha de atuação era a racionalização do sistema de produção e distribuição de alimentos que estava mais próxima do pólo de produção e do fluxo de comercialização. O trabalho era realizado com pequenos produtores que, fundamentalmente, operavam com alimentos básicos para a população (como feijão, milho e arroz). Além disso, procurava-se interferir um pouco na cadeia de comercialização através de convênios com os pequenos comerciantes de alimentos, os chamados bodegueiros. **A segunda linha era a suplementação alimentar que tinha vários componentes,** o PNS, o programa de distribuição de alimentos na rede escolar, que era o já bem consolidado Programa de Merenda Escolar; o programa de alimentação do pré-escolar que tinha sido concebido em São Paulo, por experiência do professor Yaro Gandra. **E, finalmente, o terceiro pólo que era a linha de complementação e apoio. Nessa linha, entrava a pesquisa, a formação de recursos humanos e o combate às carências nutricionais específicas** (VASCONCELOS, 2000, p. 541).

⁴⁹ Para conhecer o escopo de todos os programas sugerimos ver Arruda e Arruda (2007).

Entre os programas de responsabilidade do INAN encontravam-se aqueles que eram desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde pública, sendo eles: Programa de Nutrição em Saúde (PNS); Programa de Combate às Carências Específicas, que incluía a prevenção e tratamento do bócio endêmico, da hipovitaminose A, da anemia ferropriva e da cárie dental; Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (ARRUDA, ARRUDA, 2007).

Seguindo as recomendações internacionais, e por ser signatário delas, em 1981, com apoio da OPAS e do UNICEF, o Brasil iniciou a implementação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), sob gerência do INAN (REA, 2003).

O PNIAM propunha-se a estimular o aleitamento materno mediante promoção de sua valorização social, difusão de conhecimentos sobre práticas de amamentação e orientação às instituições prestadoras de serviços de saúde na assistência à nutriz (SILVA, 1995). Para Rea (2003), os aspectos mais importantes do programa foram: (1) ter uma coordenação nacional; (2) utilizar a mobilização social de todos os possíveis atores no tema e (3) contar com campanhas bem elaboradas na mídia.

Ao final de 1983, o PNIAM passou a ser subordinado ao Programa de Ações Integradas de Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), de responsabilidade da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) do Ministério da Saúde (REA, 2003).

O enfrentamento da deficiência de vitamina A no Brasil foi pautado pelo INAN no final da década de 1970. Mas, só em 1983 teve início a suplementação oral de vitamina A com foco em pré-escolares (crianças de 6 a 59 meses de idade) nas regiões de risco, ainda que de forma incipiente. De acordo com Silva (1995), no primeiro ano, 248 mil pessoas receberam suplementação nos estados de Pernambuco, Paraíba e Minas Gerais. No ano seguinte a suplementação atingiu 742 mil pessoas com a inclusão do estado de Goiás. Em 1986, um milhão de crianças nos estados do Rio Grande do Norte, Piauí, Pernambuco, Alagoas e Sergipe foram suplementadas.

As cápsulas de megadoses de vitamina A eram doadas por organismos internacionais e a suplementação ocorria junto às campanhas nacionais de vacinação. O Brasil foi pioneiro nessa estratégia, que foi posteriormente preconizada pela OMS para outros países, como forma de tornar mais eficiente o combate dessa deficiência a curto prazo (MARTINS et al, 2007; RODRIGUES;RONCADA, 2010; CARVALHO et al, 2009).

A distribuição das megadoses de vitamina A ocorreu de forma descontínua no período de 1983 a 1993, com grande instabilidade na cobertura, tornando a sua distribuição irregular

em várias regiões do país, com intervenções mais constantes nos estados de Pernambuco e Paraíba (MARTINS et al, 2007; CARVALHO et al, 2009).

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Controle da Deficiência de Vitamina A, a ser gerenciado pelo INAN, em resposta ao compromisso assumido junto a outros países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) de “eliminação virtual da deficiência de vitamina A e suas consequências até o ano 2000”. Este compromisso ressaltou a importância da realização de estratégias de longo prazo, como a diversificação dietética, combinadas com estratégias de curto prazo, como a suplementação de crianças sujeitas aos riscos da deficiência com cápsulas de vitamina A. Mas, com a extinção do INAN em 1997, o programa foi paralisado e a portaria que o instituiu revogada (BRASIL, 1994; MARTINS et al, 2007; CARVALHO et al, 2009).

No tocante ao combate ao bócio endêmico, a iodação obrigatória do sal para consumo humano foi definida na década de 1950. Mas, só em 1983, o INAN criou o programa de combate ao bócio endêmico (PCBE), dando ênfase à iodação do sal. O Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde passaram a arcar com as despesas da iodação do sal produzido no país, adquirindo e distribuindo iodato de potássio (BRASIL, 2007).

Sobre a prevenção e controle da anemia ferropriva, encontramos indícios de que ocorria a distribuição de ferro suplementar (sulfato ferroso) às gestantes e nutrízes beneficiárias dos Programas de Suplementação Alimentar, não havendo um programa específico (BRASIL, 1976a). Schmitz et al (1997) relatam que na primeira metade dos anos 1980 o INAN firmou convênio com várias universidades para estudos de prevalência da anemia por deficiência de ferro no país e realizou experiências de suplementação com sulfato ferroso em alguns estados. Até a extinção do INAN não havia sido implantado um programa nacional destinado a prevenção e controle da anemia.

Quanto ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), foi testado um modelo em Pernambuco na década de 1980, mas não chegou a ser implantado em outros estados do país. Este sistema de informação só foi oficialmente criado em 1990 (BRASIL, 1990a) e em 1993 sua implantação passou a ser vinculada a um programa de suplementação alimentar.

O maior e mais duradouro programa do INAN no âmbito da saúde pública foi o Programa Nutrição em Saúde (PNS). Como mencionado na sessão anterior deste estudo, o PNS teve como referência para sua formulação o Programa de Suplementação Alimentar Supervisada (PSAS), desenvolvido por Nelson Chaves e seu grupo em Pernambuco.

Malaquias Batista Filho relata sua participação na formulação do PNS à pedido de Bertoldo Kruse:

Naquele tempo, eu estava em São Paulo fazendo o doutorado. (...) Isso foi em torno de 74, mais ou menos, e foi o Bertoldo quem acabou indo para o INAN. (...) Eu fiz um bilhete para Bertoldo apontando quais seriam, a meu ver, as grandes prioridades da Nutrição: anemia, hipovitaminose A, a questão do bócio, a questão da desnutrição e o incentivo ao aleitamento materno. Então, Bertoldo disse: “Além de incluir isso eu quero que você venha aqui, passe uma semana”. E foi durante essa semana que nós formulamos o programa de suplementação alimentar, chamado Programa de Nutrição em Saúde (PNS), que tinha várias atividades, uma delas, especificamente, a distribuição de alimentos. O PNS nasceu da experiência que nós tivemos, não devidamente avaliada, de trabalhar com os irmãos de crianças desnutridas. E esse programa, conceitualmente, surgiu com base na visão de Beghin e de um argentino consultor da OPAS, Mário Eisler, que tinham concebido a idéia da chamada “criança contato” e da “família vulnerada”. Era o conceito de risco usado em doenças infecciosas que passava a ser utilizado dentro da família (dentro da Nutrição). Essa foi, mais ou menos, a base que o INAN incorporou. Agora, o PRONAN (Programa Nacional de Alimentação e Nutrição) era muito mais do que isso (VASCONCELOS, 2000, p. 541, grifos nossos).

Batista Filho e Barbosa (1984, p.59) apresentam o Programa Nutrição em Saúde (PNS) como “um componente estratégico básico das ações integradas de saúde e, por extensão, das atividades de assistência à mulher e à criança”.

De acordo com o Documento Técnico INAN 09/76 (BRASIL, 1976a, p.2), que trata da aprovação do PNS, o objetivo do programa era proporcionar suplementação alimentar aos grupos biologicamente mais vulneráveis – gestantes, nutrízes e crianças com mais de 6 meses e menores de 7 anos de idade de populações de baixa renda familiar – visando a:

- a) Contribuir para a redução das taxas de mortalidade e morbidade infantil, natimortalidade, mortalidade proporcional de menores de 5 anos e de crianças nascidas com baixo peso;
- b) Estimular e possibilitar o prolongamento do período de aleitamento materno;
- c) Proporcionar condições favoráveis de crescimento e desenvolvimento de crianças nesse grupo.

O PNS era operacionalizado na rede de serviços das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) por meio de convênios entre estas e o INAN. O Documento Técnico - INAN 01/75 recomendava a institucionalização na estrutura organizacional das SES de uma coordenação técnica específica para gestão do programa. Esta deveria ser composta por um coordenador e uma equipe técnico-administrativa. O documento inclusive descreve o perfil que estes profissionais deveriam ter e que o coordenador deveria ser indicado pelo Secretário Estadual de Saúde. O INAN sugeria neste documento que esta coordenação técnica assumisse também

“a responsabilidade por atividades de orientação e organização dos serviços de alimentação e dietética junto à rede hospitalar do Governo do Estado, bem como de outras atribuições relacionadas com a área de nutrição em saúde” (BRASIL, 1975, p. 3).

A suplementação alimentar consistia na distribuição de alimentos tradicionais e básicos, atendendo aos hábitos alimentares da população, para suprir parte das suas necessidades diárias de calorias e proteínas. Entre os alimentos estavam: leite em pó integral e desengordurado, açúcar, fubá, feijão, farinha de mandioca, arroz e uma mistura composta de leite em pó, açúcar e farinha de milho. A quantidade entregue deveria ser suficiente para o consumo em 15 ou 30 dias (BRASIL, 1976b).

As ações do programa incluíam a suplementação nutricional de sais ferrosos para gestantes e nutrizes para prevenção da anemia ferropriva, e distribuição de vitamina A para crianças de 6 meses a 6 anos para prevenir hipovitaminose A. Para estas ações o INAN contava com a parceria da Central de Medicamentos (CEME) que distribuía os suplementos de micronutrientes para as Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 1976a).

A Educação alimentar também fazia parte do escopo de ações do PNS. As sessões educativas para gestantes e nutrizes deveriam ser realizadas mensalmente. Através dela esperava-se “a formação de hábitos alimentares adequados, os quais aos poucos, vão substituindo os tabus, preconceitos alimentares e conceitos errôneos alimentares”. Essa ação deveria ser integrada à programação de Educação Sanitária desenvolvida pelas Unidades de Saúde junto aos temas de vacinação, saneamento e meio ambiente, cuidados com a gestação, lactação e etc (BRASIL, 1975, p. 20).

De acordo com o Documento Técnico do INAN, “a aceitação em participar das demais atividades programadas de saúde materno-infantil é condição imprescindível para ser beneficiário do programa”. Seriam excluídos do PNS os beneficiários que: não comparecessem por três vezes consecutivas das atividades previstas no programa; não participassem nas demais atividades de saúde prestadas pela Unidade; deixassem a condição de gestante, nutriz e crianças maiores de 7 anos de idade (BRASIL, 1975, p.18-19).

L’Abbate (1989, p.19) destaca o caráter “normatizador” e “disciplinador” do PNS, ao fazer com que os indivíduos se submetam a certas práticas definidas pelas instituições de saúde em troca do recebimento de um benefício, no caso o alimento. Para esta autora, como a “vulnerabilidade biológica” nada mais é do que o resultado da “vulnerabilidade social”, as práticas de suplementação alimentar colaboraram para esconder essa relação,

impedindo que os beneficiários percebam que, ultrapassando o período de ‘vulnerabilidade biológica’, permanece inalterado a situação social que a gerou, tornando-se maior ainda a ideia do ‘fracasso’ e de ‘culpa’, só aplacados quando os indivíduos se tornarem novamente beneficiários de outros programas.

No ano de 1983 o PNS atendeu cerca de 4,2 milhões de beneficiários, uma cobertura de quase 40% do seu público alvo, sendo 2/3 dessa população coberta residente na região Nordeste (BATISTA FILHO; BARBOSA, 1984).

Ao final do período de Bertoldo Kruse como presidente do INAN, Malaquias Batista Filho e Nize de Paula Barbosa produziram a monografia “Alimentação e Nutrição no Brasil 1974 – 1984”, que registra a memória da concepção à implementação do II PRONAN (BATISTA FILHO; BARBOSA, 1984). No texto de apresentação do documento, Bertoldo Kruse faz um balanço do período em que ficou à frente da instituição:

O acervo de experiências postas em prática no âmbito do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição constitui, pela sua diversidade e escala operativa, uma base de propostas, ensinamentos e reflexões que deve ser consolidada, pelos subsídios que pode apresentar para o presente e para o futuro. Afinal, com todas as limitações impostas ao seu desenvolvimento, o PRONAN atingiu, em seu último exercício administrativo (1984), um público de quase 32 milhões de beneficiários, constituindo um dos maiores programas de alimentação de todo o Mundo. E ainda que se reconheçam as deficiências e até impropriedades de algumas alternativas estratégicas, bem como as marcantes contradições da política econômica em relação às propostas socialmente inovadoras do PRONAN, na realidade se deflagrou um plano de trabalho que, fortalecido e revisto, pode instrumentalizar uma política eficaz de combate à desnutrição e suas consequências (BRASIL, 1984, s/p).

Costa (1992) aponta que apesar de reconhecerem os avanços conceituais e da implantação de mecanismos inovadores de apoio à produção e comercialização de alimentos do II PRONAN, os estudos de avaliação evidenciaram o fracasso do programa. O autor menciona alguns aspectos que prejudicaram o desempenho do II PRONAN: com exceção do INAN, os demais órgãos envolvidos não priorizaram a compra de alimentos in natura produzidos por pequenos agricultores; os recursos efetivamente alocados no programa foram insuficientes atingido entre 70,8% e 41,5% do orçamento previsto inicialmente; pressão do empresariado da indústria de alimentos para garantir o mercado institucional potencializado pelos programas de suplementação; conflitos e disputas de poder entre as diversas instituições envolvidas em sua execução.

Sobre esta última questão, Costa (1992, p.119) explica que tais instituições “se viram repentinamente subordinadas a diretrizes que, além de contrariar práticas e procedimentos operacionais já institucionalizados, foram estabelecidas sem a participação e concordância das

suas respectivas burocracias diretoras”. Quer dizer, a subordinação ao INAN não foi aceita. E Costa indica que este pode ter sido o motivo pelo qual o III PRONAN não foi aprovado, por isso o II PRONAN permaneceu vigente até 1984.

Segundo Escorel (1999, p. 161), “ao estabelecer um conflito com as demais políticas governamentais, o PRONAN teve seu perfil modificado, e ao final do governo Geisel pouco restava do seu ambicioso projeto inicial”.

Arruda e Arruda (2007) salientam os principais desafios para efetivação do II PRONAN:

a) a política de fortalecimento do pequeno produtor, o grande responsável pelo abastecimento de alimentos básicos no Brasil. Reconhecendo na suplementação alimentar um estímulo à produção de alimentos básicos e expansão do mercado consumidor nas áreas menos favorecidas, objetivou-se, por meio da garantia de compra da produção desses pequenos agricultores, desencadear uma transformação no campo de consequências benéficas. Para tanto, fazia-se necessário rever as diretrizes relativas a subsídio, crédito, financiamento, assistência técnica, pesquisa, preços mínimos, seguros, etc, no sentido de fortalecê-los e assegurar impacto social mais significativo; b) o desenvolvimento harmônico do II PRONAN foi comprometido pelo fato de os recursos orçamentários ficarem vinculados aos Ministérios responsáveis pela execução de seus programas e projetos, ocorrendo, às vezes, reduções que prejudicavam o desempenho, porque cada Ministério tinha autonomia para definir sua estrutura programática e atribuir valores orçamentários; c) em face de o INAN ter sido uma agência setorial vinculada ao Ministério da Saúde, a incumbência de coordenação do PRONAN oferecia obstáculos pela impossibilidade de interferência sobre determinados problemas gerados pelo descompasso entre as políticas estabelecidas e suas efetivas aplicações, faltando-lhe mecanismos adequados para influir em outros setores comprometidos com a execução do PRONAN (ARRUDA; ARRUDA, 2007, p. 322-323).

Na avaliação de Alberto Carvalho da Silva, que participou da elaboração e acompanhou o II PRONAN, Bertoldo Kruse se esforçou, mas não conseguiu concretizar uma política intersetorial e nem se integrar com os serviços de saúde.

[...] “houve um esforço no sentido de unificar programas nacionais, mas nunca de conseguiu, porque cada ministério considerava o seu programa como patrimônio próprio e não aceitava dividir com os outros [...] O PRONAN era bem estruturado, mas faltou integração com os serviços de saúde. Essa integração é fundamental e qualquer política de nutrição que se faça no Brasil corre sérios riscos porque o atendimento básico da população em saúde é muito fraco. [...] São três componentes acoplados: participação da comunidade, atenção em saúde e atenção em nutrição. Esse acoplamento nunca se conseguiu no Brasil. O INAN tinha um administrador sério. O diretor Bertoldo Kruse de Arruda, do grupo de Nelson Chaves, era extremamente dedicado, mas nunca conseguiu qualquer intervenção nos outros programas. Bertoldo sempre trabalhou nos seus programas da melhor maneira que podia, mas nunca conseguiu formar uma política geral (HAMBURGER, 2004, p. 262-263)

Com a saída de Bertoldo Kruse, a presidência do INAN foi assumida por Eduardo de Melo Kertész, especialista que coordenou a equipe de saúde do IPEA na construção do II PRONAN e do PIASS. Sua gestão, que durou até março de 1990, coincidiu com o fim do Regime Militar no país (Governo do Presidente José Sarney), a promulgação da Constituição de 1988 e a construção da proposta do SUS, além do início dos debates e proposições acerca de uma política de segurança alimentar para o país.

Em um período de efervescência política e de esperança por mudanças, o INAN seguiu dando continuidade as ações do II PRONAN, com algumas poucas modificações. L'Abbate (1989, p.46) indica que naquele momento, de início da Nova República, “apenas em face dos novos posicionamentos da sociedade e Estado brasileiros, há maior quantidade de recursos e maior cobertura populacional”.

Em 1986 foi criado o Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes (PNLCC), que ficou conhecido como o “Programa do Leite” ou “Cupons do Sarney”. O programa atendia famílias carentes, com renda mensal de até 2 salários mínimos e crianças de até 7 anos de idade, através da distribuição de uma cartela mensal com cupons para troca por leite tipo C em estabelecimentos credenciados do comércio local (equivalente a 1 litro de leite por criança por dia). Não havia contrapartida das famílias. Foi a primeira vez que não se distribuiu alimento em espécie ou se constituiu canais específicos de comercialização de alimentos subsidiados, mas sim, a oferta de um meio de compra diretamente na rede comercial existente (BRASIL, 1986a).

Para Valente (1988, p. 52) o PLCC foi “um dos mais perversos mecanismos de utilização política da fome da população, que termina, inclusive, por ser permeado por sérios problemas de corrupção”. O autor indica que a partir da criação desse programa inicia-se o processo de esvaziamento progressivo do INAN, ao mesmo tempo em que no seu interior nasce o “Grupo Executivo Interministerial de Alimentação Popular” que procuraria promover a racionalização das ações governamentais.

Ainda em 1985, o Programa de Nutrição em Saúde (PNS) passa a ser denominado Programa de Suplementação Alimentar (PSA). Naquele período iniciou-se o processo de reorganização do PSA e do Programa de Alimentação Escolar a partir da sua gestão mais descentralizada nos níveis estadual e municipal, o que significou, ao que parece, um abalo na concentração excessiva das ações da política de alimentação e nutrição no nível federal (L'ABBATE, 1989).

Passados quase 50 anos após a primeira intervenção Estatal considerada o início das Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil, Vasconcelos (1988) avalia que estas foram indissociáveis do processo de acumulação e reprodução do capital.

Do Serviço de Alimentação da Previdência Social – SAPS ao Programa Nacional de leite para Crianças Carentes – PNL, o assistencialismo alimentar – enquanto “ação protetora” do Estado aos chamados grupos social e biologicamente vulneráveis à desnutrição -, se traduziu, em simultâneo ou não e dentro da mesma proporção ou em níveis de proporção distintos, em garantir um mínimo das condições necessárias à reprodução da força de trabalho ; em garantir as condições necessárias à realização da mercadoria alimento e regulação do processo econômico; e em garantir o controle e atenuação das tensões sociais geradas pela fome/desnutrição. Do Estado Novo à Nova República, a Política Social de Alimentação e Nutrição, se constituiu, simultaneamente, em acumulação de capital e reprodução da fome/desnutrição (Vasconcelos, 1988, p.48).

Em meio ao processo de reconstrução da democracia no país foi criado em 1986, na Universidade de Brasília (UNB), o Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), por meio de um convênio entre esta universidade, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Ministério da Saúde (neste incluídos o INAN e a Fundação Oswaldo Cruz). O NESP assessorou a organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e a criação da Comissão Nacional de Apoio à Constituição Federativa do Brasil (1988).

No âmbito do convênio mencionado acima foi criado o Programa de Estudos da Fome, que promoveu a colaboração entre pesquisadores da UNB e técnicos do INAN⁵⁰. Além da produção de estudos e pesquisas para subsidiar a política de alimentação e nutrição na Nova República, o INAN realizou a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (I CNAN) entre 26 e 28 de novembro de 1986, como desdobramento do 8ª Conferência Nacional de Saúde⁵¹.

De acordo com Valente (1988), a I CNAN foi precedida de debates em cerca de 20 estados realizados em agosto de 1986. A mobilização contou com a participação de profissionais da área, instituições governamentais, e de representantes do movimento popular

⁵⁰ Foi no Programa Estudos da Fome que alguns dos informantes-chave entrevistados neste estudo se conheceram e iniciaram uma trajetória de trabalhos conjuntos. Tomei conhecimento sobre esse Programa a partir das entrevistas.

⁵¹ A Comissão Organizadora da I CNAN foi composta por: Anna Maria Tibúrcio Medeiros Peliano, Bertoldo Kruse Grande de Arruda, Edgard Luís Gutierrez Alves, Eduardo Flávio de Oliveira Queiróz, Flávio Luiz Shieck Valente, Hélio Vanucchi, João Baptista de Lima Filho, José Eduardo Dutra de Oliveira, Malaquias Batista Filho, Maria Aparecida Santos Pereira, Maria de Fátima Gil, Ronei Edmar Ribeiro, Yedda Paschoal de Oliveira.

e sindical. A partir do entendimento da determinação social dos problemas alimentares e nutricionais da população brasileira, os debates na Conferência propuseram

um enfrentamento estrutural da fome e demais distúrbios nutricionais, identificados como o principal problema de saúde pública em nosso país, passando este por uma redefinição do modelo de desenvolvimento econômico de forma a assegurar o crescimento da riqueza, a garantia de trabalho e estabilidade para todos e uma distribuição equitativa da renda gerada (VALENTE, 1988, p.52).

A Conferência assumiu a alimentação como direito de todos e estabeleceu as responsabilidades do Estado no sentido de assegurar a disponibilidade interna de alimentos, bem como as condições de acesso ao consumo, através, sobretudo de uma política de salários justos e promoção do pleno emprego, articulada com a universalização das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1986b).

Nessa perspectiva, as proposições contidas no Relatório da I CNAN tratam majoritariamente sobre: política agrária (com incisiva defesa da reforma agrária); política agrícola (com foco nos pequenos e médios produtores); política de abastecimento e comercialização de alimentos; abastecimento, armazenagem e estoque regulador; e consumo de alimentos. Entre as proposições relativas a este último tema, destacamos aquelas que tratam sobre os programas de suplementação alimentar:

- Os programas de distribuição de alimentos embora ainda necessários **devem ser suprimidos o mais rapidamente possível**, na medida em que toda população tenha condições econômicas de acesso aos alimentos. Mantidos em caráter transitório, devem ser aplicados como veículos de educação, de apoio às ações de saúde, de aumento indireto de renda, respeitando-se os hábitos culturais das populações e evitando-se sempre, a criação de dependência social dos usuários. – A suplementação alimentar enquanto doação, deve ser entendida e/ou aceita apenas como um dos mecanismos de consumo, sendo **admitida estritamente como ação emergencial** e transitória, e implementada em complementação à intervenções mais amplas e generalizadas, como o abastecimento popular subsidiado (BRASIL, 1986b, p.9, grifos nossos).

A conferência reconheceu a política de alimentação e nutrição como parte integrante da política nacional de saúde e um componente essencial da política de desenvolvimento socioeconômico do país. Para tanto, propôs um novo arranjo institucional para sua gestão: a criação de um Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SSAN) e de um Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição, visando “a eliminação da duplicidade, dispersão e intermitência das intervenções nutricionais” (BRASIL, 1986b, p.10).

Este Conselho seria composto por representantes de todos os Ministérios que direta ou indiretamente tivessem atuação na área, além de representantes de representação da sociedade

civil. Caberia a ele coordenar o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional e formular a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Foi indicada a construção de estruturas semelhantes a nível estadual (BRASIL, 1986b).

Integrado ao Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SSAN) deveria ser criado o Sistema Nacional de Alimentação e Nutrição (SNAN), a ser coordenado pelo INAN, “representando uma faixa de superposição entre o SSAN e o Sistema Único de Saúde (SUS) e vinculado aos dois por intermédio do Ministério da Saúde” (VALENTE, 1988, p.53; BRASIL, 1986b).

Ao Sistema Nacional de Alimentação e Nutrição (SNAN) caberia: incorporar atividades de vigilância alimentar e nutricional, de ações preventivas e curativas de distúrbios nutricionais específicos e gerais, em todos os seus níveis de atuação (municipal, estadual, nacional). O Relatório da I CNAN ainda indicava que “o INAN seja revisto em sua ideologia e estrutura, de modo a ser compatível com o Sistema Nacional de Alimentação e Nutrição proposto” (BRASIL, 1986b, p. 11).

Maluf, Menezes e Valente (1996) afirmam que no Brasil apenas em 1986 o objetivo da Segurança Alimentar apareceu pela primeira vez dentre os elementos definidores de uma política de abastecimento alimentar. Ela foi formulada por uma equipe de técnicos a convite do Ministério da Agricultura, mas teve poucas consequências práticas na época. Já Freitas (2017) indica que o Relatório da I CNAN talvez tenha sido o primeiro documento institucional brasileiro a propor um Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional. Frente aos objetivos deste estudo, não adentramos na análise das observações destes autores, mas achamos importante menciona-las aqui.

Segundo Valente et al. (2007a, p.5), em 1986 foi proposto na I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição o entendimento de Segurança Alimentar como sendo

A garantia, a todos, de condições de acesso a alimentos básicos de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas, com base em práticas alimentares que possibilitem a saudável reprodução do organismo humano, contribuindo, assim, para uma existência digna.

Não identificamos no Relatório da I CNAN a menção a este conceito, que, segundo os autores supracitados, já articulava duas dimensões bem definidas: a alimentar e a nutricional. A primeira se refere aos processos de disponibilidade (produção, comercialização e acesso ao alimento) e a segunda diz respeito mais diretamente à escolha, ao preparo e consumo alimentar e sua relação com a saúde e a utilização biológica do alimento.

Valente (1988) avalia que a I CNAN cumpriu seu papel em termos de intensificação do debate sobre o tema entre a sociedade civil, aproximação entre entidades profissionais da área de alimentação e nutrição e reaproximação destas com entidades do Movimento Sindical e Popular. No entanto, seu impacto sobre as deliberações da Constituinte foi muito pequeno, conseguindo a inclusão de apenas algumas questões junto à Comissão que tratou sobre saúde. E com relação ao impacto da Conferência na política de alimentação e nutrição da Nova República via INAN, o autor avalia que se “se houve, foi microscópico”.

O autor ressalta ainda a desconexão do INAN do processo de criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) naquele momento e alerta para a exclusão total de uma atuação integrada junto ao mesmo:

Mas, é na área específica da saúde, que tanto o INAN como o movimento tem ficado aquém das possibilidades de implantação das resoluções da Conferência, levando-se em conta as perspectivas atuais de ampliação do SUDS a nível nacional e de criação do Sistema Único de Saúde a partir das definições do Congresso Constituinte. O INAN tem se demonstrado incapaz de garantir a inclusão das preocupações da Conferência ou mesmo da área, à nível de discussão nacional do processo de implantação do SUDS. Menor ainda tem sua capacidade de articular ou subsidiar os esforços realizados nesse sentido a nível de cada um dos estados. Corremos o risco de ter desde a exclusão total de uma atuação integrada ao SUDS na área de Alimentação e Nutrição até mesmo a de ter relações conflitantes em diferentes estados da federação (VALENTE, 1988, p. 56).⁵²

No arcabouço legal referente ao Sistema Único de Saúde (SUS), o Art. 3º da Lei Nº 8.080 de 1990 define que a alimentação constitui um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde da população, cujos níveis expressam “a organização social e econômica do País”. No Art. 6º, estão estabelecidas como atribuições específicas do SUS “a vigilância nutricional e a orientação alimentar” e a “fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano” (BRASIL, 1990).

Nos anos seguintes o enfraquecimento institucional do INAN foi agravado por sucessivos cortes orçamentários. Em 1988 o PSA atingia uma reduzidíssima clientela não mais com alimentos básicos, mas com um produto lácteo industrializado. Enquanto eram repassados grandes recursos para o PLCC. Tornaram-se cada vez mais frequentes as notícias sobre a extinção da autarquia e a absorção de suas funções pela Divisão de Saúde Materno Infantil do Ministério da Saúde (VALENTE, 1988).

⁵² Valente apresenta em seu artigo uma proposta abrangente de ações de alimentação e nutrição a serem desenvolvidas em articulação aos diferentes níveis de atuação do SUS. Suas proposições tratam sobre ações no nível de atenção primária, no nível de atenção terciária, no nível de planejamento e no nível de articulação intersetorial entre o Sistema de Alimentação e Nutrição, o SUS e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional.

A situação agravou-se no governo seguinte do Presidente Fernando Collor de Melo (1990-1992), que nomeou como presidente do INAN um empresário da indústria alimentícia, Marcos de Carvalho Candau, que respondia em processo de investigação sobre corrupção no Programa de Alimentação Escolar.

Frozi e Galeazzi (2004) apontam que foi nesse período que o conceito de Segurança Alimentar ganhou evidência no cenário político brasileiro. Destaca-se neste contexto a proposta de Política Nacional de Segurança Alimentar lançada ao debate pelo “Governo Paralelo”, uma iniciativa do Partido dos Trabalhadores (PT) visando gerar propostas alternativas de governo. Segundo Pessanha (2004, p.10):

Divulgado em 1991, o documento “Política Nacional de Segurança Alimentar” tem o mérito de recolocar a questão alimentar na arena política nacional, inserindo-a no campo da luta político-partidária e na disputa pelo conteúdo das políticas públicas voltadas para o setor agroalimentar, abrangendo questões relativas à defesa dos direitos de cidadania e à democracia social, razão por que pode ser considerada com um marco na difusão do tema no país.

A proposta pretendia enfrentar o problema da fome por meio de profundas transformações na sociedade brasileira tomando a Segurança Alimentar como um princípio norteador de um conjunto de políticas públicas. As proposições não foram implementadas pelo Governo Fernando Collor, porém colaboraram com o governo seguinte de Itamar Franco introduzindo a questão agroalimentar e da fome como temas prioritários na agenda política nacional e sendo uma das fundamentações para a instalação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar – CONSEA (PESSANHA, 2004; FROZI; GALEAZZI, 2004; MALUF; MENEZES; VALENTE, 1996).

Também no início da década de 1990 a organização da sociedade civil em torno da “Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida” foi igualmente fundamental para a implantação do CONSEA. Este movimento surgiu em 1993 como desdobramento do Movimento pela Ética na Política durante o Governo Fernando Collor. A organização buscou sensibilizar a sociedade brasileira sobre a situação de miséria de 32 milhões de brasileiros, com base no Mapa da Fome produzido pelo IPEA, incentivando a criação de comitês de solidariedade em todo o país. Os comitês realizaram ações emergenciais e ações de pressão de opinião pública. Estima-se que ao final de 1994 o movimento contava com mais de cinco mil comitês (PESSANHA, 2004; VASCONCELOS, 2005).

O CONSEA foi instituído com o objetivo prioritário de consolidar uma parceria entre Estado e sociedade civil organizada para formulação de propostas e implementação de ações

para a erradicação da fome e da miséria no país. Foi composto por nove Ministros de Estado e 21 representantes da sociedade civil e atuava em forma de assessoria da Presidência da República (PESSANHA, 2004; VASCONCELOS, 2005).

Pessanha (2004, p. 15) comenta que “de um modo geral, os resultados das ações implementadas pelo CONSEA são considerados pouco significativos, o que pode ser parcialmente atribuído ao curto período de sua existência – cerca de 2 anos”. Maluf, Menezes e Valente (1996, p.2) acrescentam que “seus êxitos foram limitados devido, sobretudo, ao caráter de transição do governo Itamar, à zelosa resistência dos controladores da política econômica, à novidade do tema e à frágil atuação dos seus próprios conselheiros”.

No bojo do “Plano de Combate à Fome e a Miséria” instituído pelo Governo de Itamar Franco, a contribuição do INAN foi o lançamento do Programa Leite é Saúde para o atendimento a crianças menores de 2 anos (e seus contatos familiares) e gestantes de risco nutricional, que segundo Pereira e Castro apresentava as seguintes características:

(a) distribuição de alimentos (leite e óleo de soja), associada à prestação das ações básicas de saúde, entre as quais se destacam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, consulta clínica individual e imunização; atenção a gestantes, especialmente no que se refere à avaliação do crescimento intra-uterino, consulta clínica individual, identificação e tratamento das patologias intercorrentes, orientação e educação em saúde; (b) **execução descentralizada, incluindo a aquisição dos alimentos, que será realizada pelos próprios municípios que aderirem ao Programa;** (c) **seleção dos municípios que optarem pelo atendimento integrado ao desnutrido entre os que já tenham implantado um Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional — Sisvan;** e (d) implantação do Programa de forma gradual, iniciando-se no segundo semestre de 1993 (PEREIRA; CASTRO, 1993, p.107, grifos nossos)

Apesar da grande semelhança com os programas de suplementação alimentar anteriores (público alvo, recebimento dos alimentos condicionado à participação obrigatória em ações nos serviços de saúde), destacamos essas duas inovações: a descentralização para o nível municipal e a restrição de seleção de municípios condicionada à implantação do SISVAN (sistema proposto desde o II PRONAN, mas que nunca tinha sido implantado em território nacional, apenas projetos piloto em alguns estados).

Tal vinculação pode ter contribuído para marcar a vigilância alimentar e nutricional nos serviços de saúde como um instrumento de triagem e ferramenta de controle sobre os beneficiários dos programas, restringindo a cobertura do SISVAN ao público materno-infantil assistido nesses programas. A descentralização para os municípios acarretou aumento de responsabilidades para os mesmos, incluindo toda a logística para compra e armazenamento

dos alimentos, além de lidar com uma nova burocracia no processo de convênio com o INAN. Ao mesmo tempo em que diminuiu as responsabilidades, e conseqüentemente o poder em relação a essa área, das Secretarias Estaduais de Saúde, que eram responsáveis pela execução dos programas de suplementação há quase 20 anos.

Conforme endossaram Pereira e Castro (1993), a avaliação feita por meio da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), em 1989, apontou que os programas federais de suplementação alimentar apresentavam baixa cobertura e não atingiam os mais necessitados. Diante disso, as autoras ressaltaram que não era possível afirmar que a suplementação alimentar tivesse causado real impacto no perfil nutricional brasileiro, e questionaram a proposta do Programa Leite é Saúde que havia sido lançada naquele momento pelo Governo Federal, como contribuição do Ministério da Saúde na agenda de combate à fome e Miséria.

Em 1994 o CONSEA e a Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida realizaram a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar (I CNSA), que reuniu cerca de 1800 delegados de todo o país. O relatório final produzido nesta conferência apontou as condições e requisitos para uma Política Nacional de Segurança Alimentar (FROZI; GALEAZZI, 2004).

Frozi e Galeazzi (2004) relatam que um grupo de trabalho do CONSEA retirou das resoluções da I CNSA três eixos e dez prioridades para a formulação das políticas de segurança alimentar. Esses eixos foram: 1- ampliar as condições de acesso à alimentação e reduzir seu peso no orçamento familiar; 2- assegurar saúde, nutrição e alimentação a grupos populacionais determinados e 3 - assegurar a qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos e seu aproveitamento, estimulando práticas alimentares e estilos de vida saudáveis. Pessanha (2004) comenta que, em dezembro de 1994, o CONSEA lançou o documento “Diretrizes para a Política Nacional de Segurança Alimentar – As Dez prioridades”, com base nas resoluções da I CNSAN, entregando-o ao então eleito Presidente da República Fernando Henrique Cardoso.

Segundo Frozi e Galeazzi (2004), a I CNSA consolidou o conceito já definido em 1986 na I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (que não consta no Relatório final da mesma), incorporando ao conceito de Segurança Alimentar o termo "nutricional"⁵³. Maluf (2007) explica que o acréscimo do adjetivo “nutricional” à expressão definida internacionalmente como “segurança alimentar” é uma peculiaridade brasileira, cujo

⁵³ Assim como Valente (1988), as autoras mencionam que na I CNAN foi definido um conceito, mas que verificamos que não consta no Relatório final da mesma. Talvez este conceito não tenha sido consenso nos debates, por isso não foi incluído no Relatório. Mas, não foi possível averiguar tal hipótese neste estudo.

propósito foi interligar os dois principais enfoques que nortearam a construção do conceito de SAN no país: o socioeconômico e o de saúde e nutrição.

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso (FHC) iniciou seu primeiro mandato como Presidente da República extinguindo o CONSEA e criando o Programa Comunidade Solidária, seu plano de ação de combate à pobreza e à desigualdade.

A continuidade do processo de debilitação do INAN no Governo FHC culminou com sua extinção em julho de 1997, embora, segundo Arruda e Arruda (2007), algumas tentativas para resgatar a relevância institucional da área de alimentação e nutrição tenham sido feitas, uma delas a sua transformação em Secretaria, incorporada na estrutura do Ministério da Saúde.

Apresentamos a seguir a avaliação de Malaquias Batista Filho sobre a extinção do INAN.

Eu creio que a proposta de extinção pode ser politicamente boa, na medida em que, praticamente, desde 84, o INAN vivia como um paciente terminal. Eu acho que politicamente não se tinha muito o que fazer com o INAN. **Agora, no meu modo de ver, foi péssimo, já que se extinguiu o INAN e não foi criado nenhum outro órgão de nível central. Eu acredito que tem de ter um grupo para formular políticas, para estabelecer determinadas diretrizes e parâmetros de programas, de formação de recursos humanos e de supervisão.** Ou seja, tem que ter um fórum de debates e até de decisões de caráter nacional, que deve ficar no nível central. **Eu creio que acabar com o INAN e não ficar nada, simplesmente colocar recursos no nível dos municípios, dos estados, não dá, teria que ter uma instância central.** E o raciocínio é relativamente simples: das 15 metas prioritárias de saúde no mundo, um terço é meta de Nutrição. E não é possível que se apague isso no nível central, da mesma maneira que o nível central não se desliga da vacinação, da diarreia, da tuberculose, do pré-natal, da hanseníase. Ou seja, tem que ter uma instância de consulta, de decisão, de orientação, de direcionamento (VASCONCELOS, 2000, p. 542, grifos nossos).

A análise da trajetória até aqui mostra que a ideia de que um órgão vinculado ao setor saúde coordenasse as ações e programas dos demais órgãos afetas à agenda da alimentação e nutrição não vinha sendo bem sucedida desde que a Comissão Nacional de Alimentação e Nutrição (CNA) foi vinculada ao Ministério da Educação e Saúde em 1949. Isto parece ter piorado quando um novo órgão do setor saúde (INAN) criado no Governo Militar, munido de poder e status, passa a se impor perante os demais nas questões relacionadas à alimentação e nutrição. E finalmente essa centralização parece não fazer mais sentido algum quando se imagina um Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional coordenado por um conselho interministerial com participação da sociedade civil.

Ao lado disso, o formato de autarquia federal e seu caráter de gestor de políticas intersetoriais relacionadas à alimentação e nutrição, além de seu modo operativo centralizado

e focalizado, parecem ter contribuído para que o INAN andasse em paralelo ao SUS, sistema que já nasceu com foco prioritário na descentralização de responsabilidades para os municípios e na ampliação do escopo de ações e serviços para a população. Talvez por isso, na primeira década pós-criação do SUS não tivemos a organização de uma proposta deste órgão condizente com os propósitos do novo sistema de saúde, mas a perpetuação (mesmo que capenga) da mesma nutrição em saúde pública construída no PRONAN II.

Finalizamos esta sessão elencando algumas “heranças do INAN”, deixadas após seus 25 anos de existência, que repercutem na continuidade da trajetória analisada:

- a) A prática centralizadora da concepção e gestão dos programas de alimentação e nutrição, com descentralização da execução para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), que formaram uma rede de referências técnicas de alimentação e nutrição nos estados para reproduzir as determinações do nível federal (condizente com o modelo da saúde pública instituído pelas reformas de Capanema no Governo Vargas);
- b) Uma rede de colaboradores técnico-científicos de instituições de ensino e pesquisa, incluindo fortes influenciadores de opinião;
- c) O desenvolvimento de expertise brasileira para realização de inquéritos nutricionais;
- d) A consolidação de diretrizes para formação de profissionais para a área de Nutrição em Saúde Pública nos cursos de graduação em Nutrição, constituindo um “núcleo de Nutrição em Saúde Pública” que em geral reúne as disciplinas de avaliação nutricional, epidemiologia nutricional, nutrição materno-infantil, educação nutricional e políticas e programas de alimentação e nutrição;
- e) Um contingente de profissionais formados tecnicamente para trabalhar segundo os seus referenciais de Nutrição em Saúde Pública, que perpetuaram no SUS as práticas derivadas desses referenciais.

Delimitamos este ponto, a extinção do INAN, como o início da transição para a parte da trajetória analisada neste estudo que denominamos de atenção nutricional no SUS.

3 SOBRE A ATENÇÃO NUTRICIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Este capítulo trata da trajetória institucional da área de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, iniciando após a extinção do INAN em 1997 e se estendendo até a publicação da segunda versão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), no final de 2011, que estabeleceu como sua principal diretriz a “organização da atenção nutricional”.

É importante lembrar que o termo “Atenção Nutricional no SUS” e seu respectivo conceito só irão aparecer na PNAN de 2011. Os documentos anteriores se referem a “programas e ações de alimentação e nutrição” ou “programas e ações da PNAN”.

Buscamos aqui apresentar aspectos da trajetória institucional da área de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde que ilustram sua inserção e adaptação à gestão federal do SUS, culminando com a publicação de uma nova versão da PNAN em 2011, que, diferente da primeira versão, de 1999, se identifica mais fortemente como uma política do setor saúde em vez de uma política de segurança alimentar e nutricional.

3.1 Pelejas e proezas para constituição e consolidação de uma área de alimentação e nutrição no Ministério da Saúde

[...] Então é isso, você ir procurando criar esses vínculos que façam com que pessoas estratégicas, setores estratégicos, percebam a existência primeiro e depois a importância, o papel etc. E isso sempre foi uma coisa assim, o manual de sobrevivência dos pequenos e contra-hegemônicos (E12)

A fala que destacamos acima, de uma das pessoas entrevistadas na pesquisa, simboliza o que abordaremos nas seções seguintes da tese. Apresentaremos aqui as pelejas e proezas, ou as lutas e as conquistas, de sujeitos ou dos grupos por eles formados para conseguir visibilidade, espaço, respaldo e apoio político para empreender suas ações.

Não trataremos do funcionamento de todos os programas e ações empreendidos pela área de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. Nosso foco serão os marcos da trajetória institucional que repercutem sobre o funcionamento da área e que, por

consequência, poderão incidir sobre suas escolhas quanto às práticas que virá a normatizar e orientar para os serviços de atenção à saúde.

3.1.1 Da extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição à Política Nacional de Alimentação e Nutrição

O INAN foi oficialmente extinto em 24 de julho de 1997 pelo Decreto Nº 2.283 (BRASIL, 1997c). Todas as suas competências, direitos, obrigações, dotações orçamentárias e servidores foram transferidos para o Ministério da Saúde. Mas os cargos de Direção e Assessoramento Superior (DAS) e as funções gratificadas foram remanejados para o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) e não para o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997a).

A existência de DAS e funções gratificadas em um órgão governamental é um recurso-chave, pois permitem atrair servidores públicos de outras instituições (como universidades e ou secretarias estaduais), assim como outros profissionais. Exatamente por isso, o remanejamento dos DAS e funções gratificadas do INAN para o MARE foi visto como uma grave perda para a composição do quadro de gestores e técnicos dedicados à alimentação e nutrição no âmbito do governo federal. Compreende-se assim a fala, como veremos adiante, de alguns de nossos entrevistados, que citaram a importância da reconquista desses DAS e funções gratificadas na área de Alimentação e Nutrição.

A extinção do INAN foi parte da reforma da gestão pública ou reforma gerencial do Estado brasileiro, iniciada em 1995 pelo ministro Bresser Pereira, que dirigiu o MARE até 1998, quando este foi extinto e deu lugar ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Não é nosso intuito aqui dedicarmo-nos a explorar de forma detalhada a reforma gerencial, tampouco assumirmos um posicionamento sobre ela, mas é pertinente situarmos algumas de suas características e consequências para entendermos a extinção do INAN nesse contexto e seus desdobramentos.

A “Reforma Bresser” teve início em 1995 com o lançamento do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado⁵⁴, considerado marco da reforma gerencial do Estado

⁵⁴ O Plano esclarece a diferença entre “Reforma do Aparelho do Estado” e “Reforma do Estado”: “Entende-se por aparelho do Estado a administração pública em sentido amplo, ou seja, a estrutura estados-membros e municípios). O aparelho do Estado é constituído pelo Governo, isto é, pela cúpula dirigente nos três poderes, por

brasileiro, pois delineou os principais elementos do dito novo Estado brasileiro, buscando a adequação da administração pública nacional a critérios da então moderna administração gerencial (PEREIRA, s.d.; BRASIL, 1995).

De acordo com o plano diretor, a reforma do aparelho do Estado se fazia necessária em razão do modelo de desenvolvimento adotado por governos anteriores, que desviaram o Estado de suas funções básicas “para ampliar sua presença no setor produtivo, o que acarretou, além da gradual deterioração dos serviços públicos, a que recorre, em particular, a parcela menos favorecida da população, o agravamento da crise fiscal, e, por consequência, da inflação” (BRASIL, 1995, p. 9).

O ex-ministro Bresser Pereira explica que um dos princípios fundamentais da reforma iniciada em 1995 é o de que o Estado, “embora conservando e se possível ampliando sua ação na área social, só deve executar diretamente as tarefas que são exclusivas do Estado, que envolvem o emprego do poder do Estado, ou que apliquem os recursos do Estado” (PEREIRA, s.d.). Nessa perspectiva, ele esclarece quais são as atividades exclusivas do Estado e aquelas que não devem ser executadas por ele:

Entre as tarefas exclusivas de Estado devem-se distinguir as tarefas centralizadas de formulação e controle das políticas e da lei, a serem executadas por secretarias ou departamentos do Estado, das tarefas de execução, que devem ser descentralizadas para agências executivas e agências reguladoras autônomas. Todos os demais serviços que a sociedade decide prover com os recursos dos impostos não devem ser realizados no âmbito da organização do Estado, por servidores públicos, mas devem ser contratados com terceiros. Os serviços sociais e científicos, para os quais os respectivos mercados são particularmente imperfeitos, já que neles impera a assimetria de informações, devem ser contratados com organizações públicas não estatais de serviço, as ‘organizações sociais’, enquanto que os demais podem ser contratados com empresas privadas. As três formas gerenciais de controle – controle social, controle de resultados e competição administrativa – devem ser aplicadas tanto às agências, quanto às organizações sociais (PEREIRA, s.d.).

No bojo dessa reforma, chama nossa atenção que, além do INAN, também tenham sido extintas no mesmo dia 24 de julho de 1997 a Central de Medicamentos (CEME), outra autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, e a Superintendência Nacional do Abastecimento (SUNAB), autarquia federal vinculada ao Ministério da Agricultura. Trata-se de três instituições criadas pelo Governo Militar, características da política centralizadora daquele

um corpo de funcionários, e pela força militar. O Estado, por sua vez, é mais abrangente que o aparelho, porque compreende adicionalmente o sistema constitucional-legal, que regula a população nos limites de um território. O Estado é a organização burocrática que tem o monopólio da violência legal, é o aparelho que tem o poder de legislar e tributar a população de um determinado território. [...] A reforma do Estado é um projeto amplo que diz respeito às várias áreas do governo e, ainda, ao conjunto da sociedade brasileira, enquanto que a reforma do aparelho do Estado tem um escopo mais restrito: está orientada para tornar a administração pública mais eficiente e mais voltada para a cidadania” (BRASIL, 1995, p.16-17). **organizacional do Estado, em seus três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e três níveis (União,**

período, oposta à política econômica menos intervencionista proposta por Bresser. Essas extinções renderam ao MARE um alto número de DAS e funções gratificadas. O decreto de extinção do INAN e da CEME remanejou para o MARE 13 DAS e 18 funções gratificadas do INAN, não mencionando nenhum remanejamento proveniente do CEME. Enquanto o decreto de extinção da SUNAB deu ao MARE o total de 71 DAS e 194 funções gratificadas, totalizando o remanejamento de 84 DAS e 212 funções gratificadas (BRASIL, 1997a; BRASIL, 1997b).

Dessa forma, a extinção do INAN se mostra relacionada ao contexto de reforma do aparelho do Estado brasileiro no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC).

A reforma gerencial também criou órgãos e setores em conformidade com seus objetivos. Na lógica de uma rede de proteção social que se adequasse aos objetivos da reforma, foram criados o Programa Comunidade Solidária (PCS) e, para sua gestão, uma Secretaria Executiva e um Conselho Consultivo, o Conselho da Comunidade Solidária, vinculado à Casa Civil. O programa tinha como alvo os municípios com maiores índices de pobreza. A proposta definia que esses municípios receberiam um selo de prioridade que serviria para estimular a alocação diferenciada de recursos. O PCS limitou-se a ações emergenciais, sem apontar as diretrizes para a intervenção mais ampla do Estado que permitiriam a reversão do cenário de pobreza e fome, principalmente em seu aspecto regional (SUPLICY; MARGARIDO NETO, 1995).

No âmbito do Ministério da Saúde foram criadas duas secretarias: a de Projetos Especiais de Saúde e a de Políticas de Saúde e de Avaliação (BRASIL, 1997a). Em dezembro de 1998, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) pela Medida Provisória nº 1.791, convertida na Lei nº 9.782, publicada em 27 de janeiro de 1999 (BRASIL, 1999), e em 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para regular o setor de saúde privado no país (BRASIL, 2000).

A nova Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação (SPS) do Ministério da Saúde teve o médico pediatra João Yunes⁵⁵ como seu secretário no período de 1998 a 2000. Eram

⁵⁵ João Yunes foi médico pediatra, docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) desde 1966 até seu falecimento em setembro de 2002, quando exercia o cargo de diretor da faculdade. Teve larga experiência na gestão em saúde exercendo as seguintes funções: secretário nacional de programas especiais de saúde do Ministério da Saúde de 1976 a 1978; superintendente do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual (IAMSPE), de 1978 a 1979; secretário de estado da saúde de São Paulo de 1983 a 1987; representante da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) em Cuba de 1987 a 1989; coordenador do Programa de Saúde Materno-Infantil e da Família e Diretor da Divisão de Promoção de Saúde da OPAS em Washington, EUA, de 1989 a 1997; diretor interino do Centro Latino-Americano e do Caribe em Informações de Ciências da Saúde (BIREME) da OPAS de 1997 a 1998; secretário nacional de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, de 1998 a 2000 e representante do Brasil junto ao Conselho Executivo da OMS a partir de maio de 2000 (LAURENTI; ALDRIGH, 2002).

competências da SPS: I. Promover a formulação e reorientação de políticas; II. Coordenar a implementação de políticas específicas, de caráter estratégico para o setor saúde; III. Avaliar o impacto das políticas de saúde; IV. Ordenar a formação de recursos humanos para o SUS (BRASIL, 1998b). Para tanto, a secretaria contava com três departamentos: de Formulação de Políticas de Saúde; de Avaliação de Políticas de Saúde; e de Gestão de Políticas Estratégicas, cujas funções estão descritas a seguir.

Art. 20. Ao Departamento de Formulação de Políticas de Saúde compete: I - coordenar os processos de formulação, revisão e reorientação de políticas de saúde; II – divulgar as políticas formuladas por diferentes meios de comunicação. **Art. 21. Ao Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde compete:** I – avaliar o impacto e os resultados: a) das políticas de saúde; das ações e metas do Ministério; II – desenvolver e disseminar modelos de avaliação de políticas de saúde; III – coordenar, implementar e fornecer dados para a rede nacional de informações para a saúde. **Art. 22. Ao Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas compete:** I – coordenar a implementação da política de descentralização da gestão do SUS; coordenar a implementação da política de promoção à saúde; III. Coordenar ações de suporte técnico com vistas ao desenvolvimento de processos específicos necessários à implementação de políticas; IV – identificar necessidades, organizar, coordenar e viabilizar o funcionamento de comitês, comissões ou grupos técnicos para a compatibilização e implementação de políticas (BRASIL, 1998b, grifos nossos).

Passaram a fazer parte da SPS diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde, como as de Saúde da Criança, de Saúde da Mulher, de DST e Aids, entre outras. A gestão dos programas remanescentes do INAN vinculados ao setor saúde tornou-se responsabilidade da SPS, e, nesse movimento de reorganização do Ministério da Saúde, João Yunes convidou Denise Coitinho⁵⁶, que à época trabalhava na área de Saúde da Criança do ministério, para coordenar a Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) na secretaria.

⁵⁶ Nutricionista graduada pela FSP-USP (1982) com mestrado em Nutrição Humana pela *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (1984) e doutorado em Saúde Pública pela FSP-USP (1998). Após seu mestrado atuou no Ministério da Saúde de Moçambique como consultora do UNICEF de 1985 a 1987. Em seguida, retornou ao Brasil e trabalhou na Universidade de Brasília (UnB) no Programa Estudos da Fome, desenvolvido em convênio com o INAN (1988-1989). Entre 1990 e 1995, atuou no INAN como consultora e assessora da presidência, colaborando em especial na Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) e no Programa Leite é Saúde. Atuou também como assessora técnica na Área de Saúde da Criança do Ministério da Saúde (1995-1997), colaborando em especial com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS). Ingressou como professora adjunta do departamento de Nutrição da UnB em 1998, sendo cedida no mesmo ano ao Ministério da Saúde para estruturar a Área Técnica de Alimentação e Nutrição, onde permaneceu até início de 2003 como coordenadora geral da Política de Alimentação e Nutrição. Posteriormente, foi licenciada da UnB para assumir o cargo de diretora do Departamento de Nutrição para a Saúde e Desenvolvimento da OMS, em Genebra, Suíça. Em 2008 e 2009, serviu como representante da OMS e coordenadora do programa interagencial das Nações Unidas para Redução da Fome e da Desnutrição na Infância (REACH), com sede no Programa Mundial de Alimentos em Roma, Itália. Em 2010, foi nomeada secretária executiva do Comitê Permanente das Nações Unidas para a Nutrição (UNSCN). Durante o período de licença da UnB, manteve atividades de orientação de alunos no Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana. Com o fim do mandato no UNSCN, em 2012, passou a atuar como consultora independente, baseada em Vevey, Suíça.

[...] foi nesse contexto que eu fui para essa nova pequena área que se criou dentro do Ministério da Saúde, mas já sempre com aquela ideia de que aquilo era muito pouco para a Nutrição, porque a Nutrição não cabia só naquele pequeno contexto que foi criado (E16)

De acordo com a entrevistada, a ATAN era uma microárea no prédio anexo do Ministério da Saúde, com uma equipe de apenas cinco pessoas alocada numa pequena sala no final de um corredor. Situação muito diferente do INAN, que dispunha de um amplo espaço físico e um quadro robusto de funcionários.

Essa pequena equipe era responsável por dar continuidade à gestão dos convênios do INAN com as secretarias de saúde. Na época, ainda estava vigente o Programa Leite é Saúde, operacionalizado por meio de convênios. Conforme explicou a entrevistada, era um trabalho muito administrativo e menos técnico. Ela destaca que dar visibilidade ao volume e importância dessa atividade de gestão dos convênios foi a ação encampada para conseguir um maior espaço físico no Ministério da Saúde:

Nós tínhamos todos aqueles convênios, a pasta de convênios, nós éramos uma microárea no anexo do Ministério da Saúde, em uma sala no fim do corredor e quando todo esse processo estava acontecendo, foi quando eu dizia para o Yunes: ‘não dá, essa área tem uma questão importante, a gente gerencia um recurso grande de convênios, para organizar esse convênio, a gente precisa de uma estrutura muito além do que a gente tem’. Então nós não tínhamos espaço físico, nós estávamos no fim do corredor, eu pedi para o pessoal: ‘vamos ocupar o corredor, porque a gente finge que a gente tem uma porta aqui, a gente põe aqueles convênios no corredor, porque a gente não tem espaço’. E criei lá uma situação de tensão tal, tirei fotografia, levei para o Yunes, que era meu chefe na época e falei: ‘olha, é assim que está e é assim que, simplesmente, não dá, porque é muita responsabilidade, isso não pode ficar assim’. Bom, é claro que aí, imediatamente, nós fomos mudados, deram mais espaço, mais área etc., ‘não, não dá, não pode deixar esses convênios assim etc. etc.’ (E16).

Nesse contexto de mudança no arranjo institucional do Ministério da Saúde, é importante destacar a relação entre as Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição e de Saúde da Criança. Antes disso, cabe esclarecer brevemente sobre a parte da trajetória da Saúde da Criança no Ministério a partir da década de 1990.

Entre 1990 e 1996, existia a Coordenação de Saúde Materno-Infantil (CORSAMI), subordinada ao Departamento de Assistência e Promoção à Saúde (DAPS) da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério, e estavam hierarquicamente ligados a ela dois serviços de atenção a esses grupos populacionais: Serviço de Assistência à Saúde da Mulher e Serviço de Assistência à Saúde da Criança. Em 1996, a CORSAMI foi extinta, dando lugar à Coordenação de Saúde da Mulher e à Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente,

subordinadas à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Em 1998, as coordenações foram substituídas pelas Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adolescente e do Jovem, no âmbito da SPS (BRASIL, 2011).

Fisicamente, a área de Saúde da Criança do Ministério da Saúde e o INAN funcionavam no mesmo prédio. Sua coordenadora entre 1990 e 2003 foi Ana Goretti Kalume Maranhão. O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), criado em 1981, era de gestão do INAN e foi extinto junto com ele. Ana Goretti pleiteou junto ao Secretário João Yunes que a agenda do aleitamento materno ficasse com a Área Técnica de Saúde da Criança, o que efetivamente ocorreu, conforme esclareceu a entrevistada na fala destacada abaixo. Desde então, a área passou a designar-se “Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno” (ATSCAM) (BRASIL, 2011).

[...] a área de saúde da criança e o INAN ficavam no mesmo prédio, que era na Asa Norte. Então nós já tínhamos esse contato próximo, porque eram duas áreas que estavam fisicamente no mesmo prédio. Na verdade, quando o INAN foi extinto, eu fui trabalhar com a Goretti, ela era coordenadora. Assim que o INAN foi extinto, antes do João Yunes me chamar para o Ministério da Saúde, eu fui para a área da saúde da criança, porque a ideia da Goretti era que não era possível deixar os programas, deixar a Nutrição, ela era, é até hoje, hipersensível com as questões de nutrição, se ela achava que tinha que fortalecer, ela me chamou para ir para lá. Então eu trabalhei com ela para fortalecer a área de Nutrição dentro da saúde da criança. E nessa época, que era época de extinção e, enfim, de redivisão das coisas, ela ficou com o aleitamento materno, que era, originalmente, do INAN. Mas foi um setor que na extinção do INAN, ela demandou, pleiteou ao João Yunes, que também era o chefe deles, que o aleitamento materno fosse para a saúde da criança, que, na verdade, era uma reivindicação antiga, da área da criança e então o aleitamento materno, nessa época passou a ser área coordenada pela saúde da criança [...] na época nós discutimos: “será que a gente volta o aleitamento materno para a nutrição?” Mas o Yunes acabou achando que não, “fica na saúde da criança e vocês se articulam”, foi uma decisão que foi tomada e ficou assim e aí nós continuamos a trabalhar sempre juntos, nas mesmas coisas (E16).

A entrevistada destacou que João Yunes tinha a visão de que era necessário construir políticas de Estado, e não políticas de governo, políticas que transcendessem a questão político-partidária. É nessa perspectiva que ele inicia o processo de formulação das políticas temáticas do Ministério da Saúde.

E foi nesse contexto que surgiu a elaboração da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que foi o primeiro marco, realmente foi uma coisa muito importante, foi o que lançou essa nova fase de como seria a nutrição e como se atuava a nutrição dentro do SUS, fora do SUS, multissetorialmente, etc. Então nesse contexto, de fato, a pessoa mais importante foi o João Yunes, que foi quem estabeleceu todo esse processo de estabelecimento de políticas (E16).

A criação da SPS “gerou uma grande expectativa, sobretudo por constituir um fato novo na história da Instituição, que exigiu a definição do que vem a ser uma política específica de saúde, sua finalidade, conteúdo e processos de formulação e implementação” (BRASIL, 1998c, p. 6). Diante disso, o Departamento de Formulação de Políticas de Saúde (DFPS), dirigido por Nereide Herrera, desenvolveu um método para formulação de políticas, que foi experimentado primeiramente nas duas áreas técnicas definidas por João Yunes: Medicamentos e Alimentação e Nutrição.

Conforme esclareceu a entrevistada, a priorização dessas áreas se deu porque ambas vinham de órgãos que haviam sido extintos: o INAN e a Central de Medicamentos. Mas, para além da extinção do INAN, a entrevistada destacou que, em sua interlocução com o secretário, lembrou que, embora estivesse à frente da ATAN no Ministério da Saúde, ela representava um grupo, “a área de Nutrição como um todo”, que demandava que as questões de Nutrição precisavam de mais espaço no referido ministério.

[...] João Yunes, que era uma pessoa que vinha da OPAS, era um quadro da saúde muito conhecido e ele trabalhou na OPAS muitos anos, era também da universidade, originalmente, e eu o conhecia e fui conversar com eles, nós já estávamos ali atuando naquela pequena área, mas **eu fui conversar com ele sobre a minha ideia de que a Nutrição não podia ficar... não era só eu, eu representava, assim, várias... digamos, a área de Nutrição como um todo. Mas como eu estava ali dentro, então eu fui conversar com o João Yunes e ele ficou muito sensível, porque como ele vinha da OPAS, ele tinha uma sensibilidade grande para essa área e foi quando começou, dentro do Ministério da Saúde, coordenado por ele, uma proposta de elaboração de políticas setoriais. E ele quis fazer as políticas justamente porque como alguns órgãos tinham sido extintos, como, por exemplo, a área de medicamentos também, que tinha uma área que foi extinta e o INAN foi extinto, ele achou que dentro da proposta que ele tinha de elaboração de políticas, eram duas áreas que poderiam ser priorizadas.** E então, nessas conversas minhas e de outras pessoas com ele, já dizendo para ele que aquilo estava muito pequeno, para a nutrição, que não dava certo gerir a nutrição daquela forma, casou com a vontade dele de fazer esse processo de estruturação de políticas setoriais, temáticas, digamos, não bem setoriais (E16, grifos nossos).

Ao que parece, a formulação das políticas de alimentação e nutrição e de assistência farmacêutica fez parte do pacote da Reforma Bresser junto à extinção do INAN e da CEME. Ao contrário do que achava Malaquias Batista, na perspectiva de Bresser não seria necessário ter um órgão central com grande aparato institucional para formulação de políticas.

O método do DFPS considerava que a formulação de políticas “é, antes de mais nada, uma questão de raciocínio estratégico, que compreende etapas essenciais”. Descreveremos as etapas definidas nesse método apontando alguns elementos de como elas ocorreram no caso

da formulação da PNAN, a partir de informações fornecidas pelos entrevistados e também daquelas disponíveis em outros estudos publicados.

A primeira etapa é a de proposição, onde é formado um Grupo de Trabalho (GT) composto por: representante da área técnica em questão, representante do DFPS, técnicos especialistas convidados (oriundos de órgão do próprio ministério ou de entidade ligada diretamente ao tema) e ainda consultores de notório saber na área. O GT é responsável pela elaboração da primeira versão do documento da política; por organizar e participar de evento(s) destinado(s) a colher sugestões para o seu aperfeiçoamento e identificar os interlocutores privilegiados que serão consultados sobre aspectos específicos do tema (BRASIL, 1998c).

No caso da PNAN, o GT foi coordenado por Denise Coitinho da ATAN e Nereide Herrera, diretora do DFPS. Seus demais componentes foram: Amaro Alves e Aristel Fagundes, técnicos do DFPS; Bertoldo Kruse, Carlos Monteiro, Malaquias Batista Filho, Denise Oliveira e Silva, Yedda Paschoal de Oliveira e Maria do Socorro Costa Furtado⁵⁷. Esse grupo, pelas suas trajetórias individuais relativas ao saber e as experiências no trato de questões ligadas a alimentação e nutrição era apto para o tipo de raciocínio estratégico demandado pelo método.

Aqui cabe explicar que o método do DFPS indicava um conteúdo básico da política de saúde para cumprir suas finalidades:

A introdução, na qual ficam explicitadas as bases legais e a justificativa para o seu estabelecimento; **o propósito**, que delimita o raio de ação da política e constitui a base para a avaliação do seu impacto; **as diretrizes para o alcance de seu propósito**; **as responsabilidades institucionais em que são apresentadas as parcerias a serem buscadas com vistas à intersectorialidade das ações**; e **os parâmetros para a sua avaliação [...] um glossário** no qual se define a terminologia técnica relacionada diretamente ao tema nela abordado. [...] Consta do documento, ainda, **a bibliografia** que constitui fonte de informação para os formuladores (BRASIL, 1998c, p. 8-11, grifos nossos).

⁵⁷ Bertoldo Kruse Grande de Arruda - médico puericultor e sanitarista, presidente do INAN de 1974 a 1985, depois foi membro do Conselho Consultivo Técnico-Científico do INAN, diretor do Departamento de Pesquisas do então Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), de 1985 a 2001, atual Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; Malaquias Batista Filho – médico, professor e pesquisador do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, consultor do Depto. de Pesquisas do IMIP e membro do Conselho Consultivo Técnico-Científico do INAN; Carlos Augusto Monteiro – médico sanitarista, professor do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e coordenador do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (NUPENS/USP), colaborador do INAN; Denise Oliveira e Silva, nutricionista, atuou no INAN como coordenadora nacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); Yedda Paschoal de Oliveira foi coordenadora do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), com larga atuação no INAN e em seguida na área de alimentação e nutrição no Ministério da Saúde; Maria do Socorro Costa Furtado – sem informações.

Queremos destacar que a indicação específica sobre as parcerias intersetoriais a serem buscadas é apresentada como “inerente a todas as políticas no âmbito do setor saúde, reforçando o fato de que os problemas da área não podem ser solucionados somente no seu contexto particular”. E ainda se acrescenta que “quando for relevante para a consecução de uma política, o papel das organizações não governamentais também deverá ser definido nesse capítulo” (BRASIL, 1988c, p. 8). Compreendemos que essa percepção incide sobre a segunda etapa do processo, que busca agregar um conjunto diverso de atores do poder público e de outros setores para discutir a proposta da política.

De acordo com Carvalho *et al.* (2011) em seu estudo de caso sobre o processo de formulação da PNAN, havia consenso no GT de formulação da política, que entendia ser “necessário desenhar uma política com contornos intersetoriais, embora coordenada pelo setor saúde, explicitando a responsabilidade de cada executor da política, seja ou não integrante do SUS” (p. 452). Como vimos, essa era uma orientação clara do método do DFPS e, logo, deveria ser seguida pelo GT. Da Política Nacional de Medicamentos, publicada no ano anterior à PNAN (outubro de 1998), também constavam as responsabilidades de outros setores para a sua implementação: Ministérios da Justiça, da Área Econômica, da Educação e Desporto, das Relações Exteriores, da Ciência e Tecnologia e Agências Internacionais (BRASIL, 1998, d).

A segunda etapa do método do DFPS é a de aperfeiçoamento, que consiste na realização de evento(s) programado(s) pelo GT para colher críticas e sugestões ao documento preliminar, com a participação do maior número possível de representantes de áreas do Ministério da Saúde e de diferentes instituições e organizações, como o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), associações e corporações profissionais, iniciativa privada e representação da sociedade civil, entre outras. A versão resultante é, então, submetida à apreciação do corpo de dirigentes e do Ministro da Saúde (BRASIL, 1998c).

O João Yunes e a Nereide definiram um processo que ele trouxe, na verdade, toda a experiência que ele teve na OPAS e tudo mais. Então eles definiram um processo que partia da elaboração de um documento técnico encomendado a especialistas, que era, de fato, assim, um pequeno ponto de partida e que esse documento deveria ser exposto para todas as forças sociais que tivessem relação direta e indireta com o tema e para se chegar numa política que fosse encampada de fato por essas forças sociais. A ideia dele era que, só assim, uma política podia ser robusta o suficiente para se tornar uma política de Estado, né? Que era, de fato, o conceito dele (E16)

Um dos entrevistados, que à época de formulação da PNAN trabalhava no DFPS, relata a riqueza dessa etapa para a política:

[...] o capítulo da PNAN é particularmente importante, porque foi um processo técnico, muito sólido, muito participativo, que tinha muitas etapas de consulta técnica, e uma escrita a muitas mãos. Então, a equipe de formulação de políticas era muito mais detentora da metodologia e da síntese das coisas que vinham, mas o conteúdo técnico vinha muito dessas pessoas que eu falei, que eram as Denises, Carlos Monteiro, Malaquias, Bertoldo, Yedda, tantos outros que contribuíram. Então, foi feita toda uma construção com base nisso e vários documentos preliminares sendo trabalhados há muito tempo. Até que chegou em fases que eram tipo consultas mais amplas, seja dentro do ministério, que foi a primeira fase, uma oficina, até um seminário mais ampliado que, inclusive, com participação no controle social, assim. Que era muito mais frágil naquela época, mas já se previu essa questão toda e acho que tem vários pontos que a PNAN inovou e já, ela traz, aquela PNAN já trazia coisas novas, que era de reforçar a questão do conceito de segurança alimentar e nutricional num momento em que não existia esse conceito da intersectorialidade, da importância disso, e de responsabilidades compartilhadas com outros ministérios [...] (E6)

Sobre essa segunda fase de formulação da PNAN, o estudo de Carvalho *et al.* (2011) indica que o processo teve apoio da OPAS/OMS e que participaram os Ministérios da Agricultura, da Educação, da Reforma Agrária, do Planejamento e Orçamento, das Relações Exteriores, da Ciência e Tecnologia e do Trabalho e Emprego. Além de representantes da sociedade civil: Instituto Brasileiro e Análises Sociais e Econômicas (Ibase), Instituto Superior de Ensino e Pesquisa (Inesp), Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), Pastoral da Criança, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), Associação Brasileira de Nutrição (Asbran), Associação para Educação em Administração Empresarial (ABAI) e o Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional (FBSAN).

A participação desses diversos setores, instituições e organizações representa a efetivação do intuito dos formuladores da PNAN expresso na fala abaixo:

[...] nós procurávamos trazer pessoas que tivessem bases... não só pessoas físicas, mas que, de fato, fossem representantes não só de movimentos, mas que representassem muito mais parceiros e atores e foi dessa forma. E a gente queria, nesse processo de definição da política, que viessem, de fato, todas as forças sociais envolvidas. A gente queria as ONGs, a gente queria a sociedade civil organizada, o setor privado, o setor estatal, os profissionais de Nutrição. Então é assim que nós, enfim, convidamos e fizemos aquele movimento todo de estabelecimento da política (E16)

De acordo com E16, a primeira versão do texto da PNAN tinha uma característica muito técnica, pois essa foi a encomenda para Carlos Monteiro, Bertoldo Kruse e Malaquias Batista. E a etapa de aperfeiçoamento, que permitiu a contribuição de diversas pessoas, forneceu muito para o enriquecimento da segunda versão. Foi a oportunidade de incluir uma

série de questões acerca do direito humano à alimentação que vinham sendo discutidas por um coletivo desde o Grupo Estudos da Fome, criado na segunda metade da década de 1980, como explicamos em capítulo anterior.

Então, assim, já tinha, assim, um embrião de pessoas que eram próximas e que continuaram sempre próximas. Quando começou o processo de elaboração da política, a primeira versão que nos veio do grupo técnico era uma versão muito técnica, que veio do Carlos, do Malaquias, do doutor Bertoldo, era uma versão bastante técnica, que era... na verdade, foi uma demanda que foi feita, porque aquele embrião que era para ser uma leitura diferente. E foi nessa altura que todo esse contexto que você descreveu foi considerado, agora já por nós, que éramos, digamos, um núcleo, que estava pensando a política, de ver que **era o momento de resgatar um monte de coisas. E era um grupo que, felizmente, assim, já tinha muita afinidade, se conhecia, já tinha afinidade com a militância na área de direito à alimentação. Já tinha militado nessa área. Então foi uma coisa, assim, bem natural, que a gente olhava e pensava que era uma oportunidade para trazer esses temas para um outro nível. Foi, tipo assim, uma oportunidade que pessoas que estavam envolvidas e que eu conhecia e eu, enfim, podia com facilidade chamar para apoiar, para ajudar, trouxeram contribuições fenomenais, que foi aí que, de fato, da primeira versão à segunda versão ficou completamente diferente.** Quando a gente passou pela primeira discussão na OPAS, em que nós começamos a chamar os primeiros grupos de movimentos e tal, foram muito ricas as coisas que vieram. Muita coisa muito rica veio da ASBRAN, na época. De todos os movimentos profissionais. E, de fato, da primeira versão para a segunda versão, foi uma coisa que enriqueceu muitíssimo. Agora, era previsto no processo que o Yunes estabeleceu. Então, para nós, foi a experiência de ver uma coisa bastante técnica, de repente, tomar outra dimensão, mas na visão do Yunes era exatamente esse o processo da formulação de uma política. Então foi um bom exemplo (E16, grifos nossos).

A última fase seria sua aprovação (chamada no método de “validação”), na qual o documento é encaminhado para apreciação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e, em seguida, no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Aprovada nessas instâncias, a política seria sancionada pelo Ministro da Saúde, por intermédio de ato oficial, e, então, o documento aprovado é publicado e divulgado (BRASIL, 1998c).

A PNAN foi aprovada nessas instâncias e sancionada pelo Ministro da Saúde José Serra por meio da Portaria nº 710 de 10 de junho de 1999. Logo na introdução, apresentava-se comprometida com a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e a Segurança Alimentar e Nutricional, além de justificar a necessidade de sua existência com base na sistematização das evidências científicas disponíveis acerca da situação alimentar e nutricional da população brasileira.

A 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 propiciassem o acesso universal aos alimentos (BRASIL, 1999).

Para concretização de seu propósito, apresentava as seguintes diretrizes: 1. Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; 2. Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços nesse contexto; 3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional; 4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; 5. Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; 6. Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e 7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1999).

A PNAN apresenta o novo quadro complexo de saúde da população brasileira, apontando pela primeira vez o desafio da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis. É a transição nutricional sendo apontada como justificativa para proposições políticas no âmbito da alimentação e nutrição.

Convivendo com o quadro carencial apresentado, observa-se no Brasil, por outro lado, a evolução epidêmica da obesidade, das dislipidemias e suas relações com as doenças cardiovasculares. Trata-se, nos termos em que hoje se apresenta, de uma situação epidemiológica nunca antes experimentada. [...] A obesidade na população brasileira está se tornando bem mais frequente do que a própria desnutrição infantil, sinalizando um processo de transição epidemiológica que deve ser devidamente valorizado no plano da saúde coletiva. (BRASIL, 1999, p. 4-5).

De acordo com a PNAN, a atuação do setor saúde no contexto da SAN é marcada por dois momentos, denominados positivo e crítico. O primeiro ocorre quando há garantia da SAN em todas as suas dimensões. Nesse caso, as ações predominantes do setor saúde são a vigilância alimentar e nutricional, a vigilância sanitária de alimentos e as medidas de caráter educativo. O momento crítico ocorre quando há falhas na garantia da SAN, seja na sua dimensão alimentar, prejudicando o acesso a alimentos em quantidade e qualidade adequadas, ou na sua dimensão nutricional, com agravos à saúde que prejudicam a utilização biológica dos alimentos e de práticas alimentares não saudáveis que podem desencadear carências específicas, obesidade e outras doenças. Nesse momento, cabe ao setor saúde a oferta adequada dos serviços necessários ao tratamento e reabilitação, bem como a prevenção de novos agravos (BRASIL, 1999).

Entre as ações a serem desenvolvidas pelo setor saúde no *momento positivo*, Valente *et al.* (2007) acrescentam a oferta de serviços de atenção básica à saúde, como vacinação, exames preventivos, pré-natal, promoção do aleitamento materno exclusivo, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, tratamento de doenças mais comuns etc. Por outro lado,

apontam como obstáculos setoriais que contribuem para o *momento crítico* a baixa cobertura ou má qualidade dos serviços prestados à população.

Pinheiro e Carvalho (2008, p. 174) categorizam os macro-objetivos norteadores das diretrizes da PNAN em dois grandes eixos:

o primeiro, que reúne um conjunto de medidas e propostas voltadas para os serviços de saúde, tanto para fortalecer e capacitar os profissionais de saúde na temática da alimentação saudável, quanto para prevenir e controlar carências nutricionais no Brasil, como anemia ferropriva e deficiência de vitamina A. Portanto, busca incorporar às práticas cotidianas dos serviços de saúde o componente nutricional e, assim, qualificar a atenção à saúde; **o segundo conjuga esforços para abrir um diálogo para “fora do setor saúde”**, na tentativa de fomentar a formulação de políticas públicas para criação de ambientes saudáveis e de processos de educação em saúde, fortalecer a autonomia decisória dos sujeitos e a tomada de consciência da população sobre suas reais condições nutricionais. Para tal, tem a intersectorialidade como eixo central e chama a sociedade civil e o mercado para esse debate (PINHEIRO; CARVALHO, 2008, p. 174, grifos nossos).

O texto das diretrizes da PNAN apresenta grandes semelhanças com as *Diretrizes para uma Política de Segurança Alimentar*, documento produzido por uma comissão estabelecida pelo Consea a partir do relatório da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CNSAN), ocorrida ainda em 1994 no governo de Itamar Franco.

[...] Não se trata, portanto, de um programa, e sim de orientações gerais que devem nortear ulterior confecção de uma política nacional de Segurança Alimentar, inspiradas naquilo que de mais novo a experiência do Consea e da Ação da Cidadania vem revelando como ideias e práticas-chave para a elaboração, execução e fiscalização das políticas públicas sociais. [...] **I – Ampliar as condições de acesso à alimentação e reduzir o seu peso no orçamento familiar.** Prioridade 1 – orientar o desenvolvimento para geração de empregos e distribuição de renda; Prioridade 2 – aumentar a disponibilidade de alimentos; Prioridade 3 – Reduzir o custo dos alimentos e seu peso no orçamento familiar. **II - Assegurar saúde, nutrição e alimentação a grupos populacionais determinados. Prioridade 4 – combater a desnutrição e reduzir a mortalidade materno-infantil; Prioridade 5 – proteger a saúde e o estado nutricional do grupo materno-infantil;** Prioridade 6 – fortalecer o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT); Prioridade 7 – ampliar o Programa de Alimentação Escolar; Prioridade 8 – Proteger outros grupos específicos. **III – Assegurar a qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos e seu aproveitamento, estimulando práticas alimentares e estilos de vida saudáveis. Prioridade 9 – garantir a qualidade higiênico-sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos; Prioridade 10 – estimular práticas alimentares e estilos de vida saudáveis** (Consea, 1995, p. 88-91, grifos nossos).

Pinheiro (2008, p. 7) afirma que “após a extinção do INAN e até o recrudescimento do Consea, em 2003, a PNAN, apesar de configurar-se em uma política setorial, foi o principal

espaço político de resistência e manutenção do debate e emergência da temática SAN no Brasil”. Mas há que se reconhecer que antes da PNAN já havia uma construção sobre segurança alimentar que era intersetorial. Como mencionamos em capítulo anterior.

Carvalho *et al.* (2011) apontam que, no âmbito institucional, a área gestora da Alimentação e Nutrição possuía três elementos indispensáveis para a formulação da PNAN:

a) relevância epidemiológica, relativa à transição nutricional; b) conjuntura favorável de reorganização da área da Alimentação e Nutrição dentro do Ministério da Saúde (recursos humanos, técnicos, orçamento); e c) pressão política de atores do Estado e da sociedade civil para a redefinição das ações do governo em alimentação e nutrição (CARVALHO *et al.*, 2011, p. 452).

Em nosso estudo, destacamos outros elementos que configuraram as condições de possibilidade para a formulação da PNAN:

- a) A mudança no arranjo institucional do Ministério da Saúde com a criação da SPS, no mesmo período da extinção oficial do INAN, tornando essa secretaria o novo locus institucional para diversas áreas técnicas, entre elas a de Alimentação e Nutrição;
- b) A perspectiva de João Yunes sobre a formulação de políticas de saúde com processos de discussão mais amplos que as tradicionais articulações de gabinete e valorizando a intersetorialidade;
- c) O prestígio da coordenadora da ATAN junto ao secretário, que oportunizou a ela ser porta-voz dentro do ministério de uma proposta coletiva de política pública que vinha sendo gestada desde a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, bem como articular a participação de atores-chave nas etapas de formulação;
- d) O acúmulo e amadurecimento de debates e experiências, por diversos atores e instituições, sobre questões relativas à alimentação e nutrição no Brasil, com inclusão dos referenciais sobre Direito Humano à Alimentação e Segurança Alimentar (e Nutricional).

Assim, o processo de formulação da PNAN e sua aprovação nas instâncias representativas dos gestores e do controle social do SUS contribuíram para legitimar a existência da ATAN e abrir espaços de negociação pelas condições necessárias ao seu funcionamento no Ministério da Saúde. A partir do ano 2000, a área passou a ser a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), permanecendo na SPS.

3.1.2 A crise do iodo em 1999: quando o Ministro da Saúde descobriu a área de alimentação e nutrição

A obrigatoriedade da fortificação do sal para consumo humano com iodo foi estipulada em 1955 como estratégia de redução do bócio, doença provocada pela deficiência do iodo no organismo. O Governo Federal era responsável por comprar e repassar às indústrias o iodo para a adição ao sal. Mas, ao final de 1974, a compra passou a ser de responsabilidade das próprias indústrias, cabendo sua fiscalização pelos governos estaduais. Diante da ineficácia dessa medida, na década de 1982 a 1992, o INAN assumiu o Programa Nacional de Controle da Deficiência Crônica de Iodo e forneceu o iodato de potássio gratuitamente a todos os produtores de sal (MEDEIROS NETO, 2009).

No governo Collor, a compra e a distribuição do iodato às indústrias salineiras passaram a ocorrer de maneira descontinuada e em quantidade aquém da necessária, chegando a não ser realizadas no governo FHC. Entre 1994 e 1996 foi realizado o Inquérito Brasileiro sobre a Prevalência Nacional de Bócio Endêmico, coordenado pelo epidemiologista Heleno Rodrigues Corrêa-Filho, da Universidade de Campinas (Unicamp), a partir da união de forças e recursos da Fundação Nacional de Saúde (FNS), do INAN e do UNICEF (MEDEIROS NETO, 2009; CORRÊA FILHO *et al.*, 2002; VALENTE, 2004).

O resultado desse inquérito não havia se tornado público, até que no dia 25 de outubro de 1999, o jornal *Correio Braziliense*, com sede em Brasília, publicou a reportagem “A amarga tragédia do sal”, que apresentava os resultados preocupantes da prevalência de bócio endêmico entre as crianças em idade escolar avaliadas no inquérito. Também denunciava que, entre os anos de 1995 e 1998, o país havia atingido um recorde de produção de sal sem a quantidade recomendável de iodo (NASCIMENTO, 2017).

O *Correio Braziliense* manteve o assunto em destaque nos dias seguintes (26 e 27 de outubro), primeiro tratando sobre as deficiências do sistema de fiscalização da produção de sal (que à época já estava sob responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, criada no final de 1998) e em seguida expondo a não priorização desse problema no Ministério da Saúde. Segundo a última reportagem, havia seis meses que funcionários do ministério e empresários da indústria do sal tinham pedido em caráter de urgência a tomada de medidas contra o problema da falta de iodo. Ainda segundo o jornal, havia quatro semanas, circulava por salas do Ministério, à espera da assinatura do Ministro, o texto de uma portaria criando uma comissão para organizar o combate à carência do iodo (NASCIMENTO, 2017).

Sobre a questão da iodação do sal, a área de alimentação do Ministério da Saúde e a Anvisa tinham posicionamentos opostos, conforme esclareceu a entrevistada:

Essa agenda dos micronutrientes veio do INAN e uma das agendas que veio do INAN era o iodo. E o grande debate, na época, que veio do INAN, era se o Ministério da Saúde deveria comprar ou não o iodato e doar para as indústrias, era essa a grande questão. E, na época, houve uma decisão do Ministério da Saúde, na saída do INAN, no INAN ainda, em que eles pararam de comprar o iodato, iam parar de comprar e distribuir o iodato, porque foi feita uma portaria que dizia que as próprias indústrias deveriam comprar o iodato e iodar. Nós éramos contra esse tipo de ação, porque isso beneficia a grande empresa, claro, que tem capacidade de comprar iodato, não pesa nada, é um produto importado, tem toda uma questão de importação, então os grandes produtores de sal, que estavam por trás, inclusive de influenciar essa mudança, queriam a mudança e foi feita uma portaria da mudança e isso gerou uma reportagem enorme de um jornalista investigativo do *Correio Braziliense*. Ele fez uma reportagem enorme sobre o iodato e porque quando se parou de comprar, foi feita a portaria... quando parou de comprar, a área técnica foi contra, mas foi feita uma portaria e começou a ter um monte de sal que não era iodado. E isso acabou ficando... o jornalista investigativo foi atrás, teve uma grande reunião no Nordeste para discutir esse negócio, eu fui e tal, ele foi e acabou sendo vários e vários... realmente, ele fez uma série de reportagens. E o negócio acabou tomando uma proporção grande, porque a Anvisa era contra dar o iodato. Então éramos nós, da área de nutrição, que queríamos continuar comprando o iodato, a Anvisa que queria parar, porque eles tinham que fazer o controle, então eles queriam parar de comprar o iodato e eles estavam por trás da resolução, bom, uma longa história (E16).

As reportagens do *Correio Braziliense* geraram uma crise no Ministério da Saúde, levando o Ministro José Serra a convocar uma reunião com todas as áreas envolvidas para discutir a questão. De acordo com a entrevistada, foi nessa ocasião que o Ministro tomou conhecimento sobre a existência de uma área de Alimentação e Nutrição no Ministério da Saúde.

O Serra chamou todo mundo lá no gabinete dele, eu nunca o tinha visto, eu, a Anvisa, e tudo mais, o Yunes, porque o negócio estava assumindo uma proporção política, porque estava ficando, de fato... e ele então pergunta: “que história é essa, afinal?”, botou todo mundo lá, “mas que história é essa? Todo dia essas reportagens, o que está acontecendo? Aí eu falei “acho que é uma irresponsabilidade parar de comprar, a gente tem que continuar a comprar, isso não custa nada para nós, comprar, custa muito para o pequeno produtor”. A Anvisa: “não, tem que parar de comprar, não precisa comprar”. E foi naquela reportagem que ele, ouvindo uma pessoa, ouvindo outra pessoa e ouvindo outra pessoa, ele ficou furioso, furioso com todo mundo e quis... e foi a partir disso, que depois ele me chamou e quis saber, então, a minha posição, porque ele achou que era uma posição que parecia a posição mais sensata ali. E ele então me chamou e foi a partir do iodo, justamente, que ele começou a entender que tinha uma área de nutrição. Ele falou: “mas quem é você? Que área é essa? Como é?” E foi quando eu comecei e explicar: “a gente tem uma área...”, expliquei a história. E foi aí que ele falou para mim: “ah, eu gosto muito de alimentação, eu gostaria de... então, o que vocês fazem? Vocês fazem orientação para regime?”, aí eu falei: “não, a gente não faz”, aí expliquei como era, como não era e foi a partir dessa questão do iodo, que ele começou a prestar mais atenção na área de Nutrição. Na verdade, que ele entendeu que tinha uma área que estava ali e que era uma área que

tratava de temas que ele tinha interesse, que ele gostava do tema alimentação, ele gostava da questão de alimentação saudável, esse era um negócio que ele gostava, pessoalmente, ele gostava. Então, assim, essa foi a maneira pela qual eu acabei sendo chamada no gabinete pela primeira vez [...] (E16, grifos nossos)

Nascimento (2017) aponta que, no período logo após a primeira reportagem, foram tomadas as seguintes medidas:

Dez dias depois da publicação da reportagem, o Ministério da Saúde anunciou o fechamento de 11 indústrias de produção de sal e a apreensão de estoques de muitas outras, por causa da falta de iodação do produto. No dia 16 de novembro de 1999, **menos de um mês depois da publicação da reportagem**, foi publicada no Diário Oficial da União aquela portaria que, segundo o *Correio*, estava pronta havia semanas à espera de uma assinatura do então ministro, José Serra, para criar uma comissão com a incumbência de analisar o problema do sal. A primeira reunião da Comissão Interinstitucional para o Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo foi realizada exatamente um mês depois, no dia **16 de dezembro de 1999**. [...] Menos de um mês depois da reunião, **no dia 7 de janeiro de 2000**, a Anvisa colocou em consulta pública o texto do Regulamento Técnico de Procedimentos Básicos de Boas Práticas de Fabricação em Estabelecimentos Beneficiadores de Sal Destinados ao Consumo Humano. O documento ficou 15 dias em consulta pública, recebeu ajustes e entrou em vigor em março daquele ano, alterando processos de produção, fiscalização e iodação do sal. [...] **No ano seguinte, em 2001**, foi realizado com o apoio do Ministério da Saúde o Projeto Thymmobil, que selecionou 17 municípios-sentinela, em seis estados brasileiros, para verificar se as alterações na política de iodação do sal haviam surtido efeito (NASCIMENTO, 2017, p. 24-25, grifos nossos).

O autor ressalta que não é possível atribuir as mudanças nas políticas públicas somente às reportagens, mas que não se deve negar o papel que o trabalho jornalístico teve no processo. Nesse caso, havia um movimento dentro do Estado, mais especificamente no Ministério da Saúde, e é no contexto desse movimento que a reportagem aparece como contribuição. E revela que foi o vazamento, de dentro do Ministério da Saúde, de um documento que dimensionava o problema do sal, que desencadeou as reportagens do *Correio Braziliense*:

Uma pessoa que trabalhava no Ministério, cuja identidade nunca foi revelada, passou uma cópia do relatório [do inquérito] a um amigo de um fotógrafo do *Correio*, na esperança de que o documento chegasse à redação do jornal, o que ocorreu em março de 1999 (NASCIMENTO, 2017, p. 23).

Valente (2004) também menciona que medidas efetivas para resolver o problema da iodação do sal somente foram tomadas a partir do vazamento para a imprensa dos dados da pesquisa.

Permaneceremos sem conhecer a identidade de tal pessoa, tampouco seu lócus institucional no Ministério da Saúde e o grupo ao qual estava vinculada, mas podemos

reconhecer que talvez sua ação possa ter exercido importante papel para os desdobramentos operados pelo Ministério da Saúde a partir da publicação das reportagens no tocante à prevenção e controle dos distúrbios por deficiência de iodo e suas repercussões sobre a ATAN.

3.1.3 Pegando carona no financiamento da Atenção Básica: o incentivo de combate às carências nutricionais e a aproximação com a Saúde da Família

Em 1998, além do movimento de formulação de políticas de saúde, outras questões importantes que ocorriam no Ministério da Saúde se tornaram oportunidades para o crescimento e fortalecimento institucional da pequena ATAN: o aumento do investimento na Atenção Básica com o início do pagamento do Piso de Atenção Básica (PAB) aos municípios e o incentivo à Saúde da Família como modelo prioritário de organização por meio do incremento de recursos via PAB variável.

Em 1998, foi operacionalizada a Norma Operacional Básica de 1996 - NOB 96 (que já vinha sendo discutida desde 1996 no Ministério da Saúde e na Comissão Intergestores Tripartite), que modificou as formas de repasse automático fundo a fundo de recursos da saúde entre a União e os demais entes federados (estados e municípios). Para os municípios, foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB): o repasse de um valor fixo (daí o jargão PAB fixo) por habitante/ano para os governos municipais que assumissem plenamente a gestão da Atenção Básica (AB). O PAB atuou como um grande incentivo à descentralização do SUS: o número de municípios que recebiam recursos fundo a fundo (portanto habilitados em alguma forma de gestão do SUS) saltou de 144 em dezembro de 1997 para 5.049 em dezembro 1998 (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Em texto intitulado “Pequena História da Reforma Gerencial de 1995” (PEREIRA, 2010, p. 79), Bresser Pereira avalia que o maior sucesso da reforma aconteceu em relação ao SUS. Ele destaca que, embora o sistema tivesse sido criado pela Constituição de 1988, não estavam disponíveis nem a organização administrativa nem os recursos orçamentários necessários para transformar o dispositivo constitucional em realidade. Para ele, o uso de uma estratégia gerencial na norma que organizou o sistema, a NOB 96, foi fundamental para o seu êxito, que identifica ter ocorrido nos planos institucional, cultural e da gestão.

Nos debates em torno da NOB 96, o Ministério da Saúde assumiu a tese de que o modelo Saúde da Família era o melhor modelo para a AB, e que deveria se expandir nos municípios que ainda não tinham qualquer unidade de AB, mas também substituir os outros modelos tradicionais que já haviam sido implantados em alguns municípios. Para fazer valer essa posição, o ministério propôs, além do PAB fixo, um PAB variável voltado à expansão induzida do Saúde da Família: os municípios que implantassem o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) receberiam fundo a fundo um volume de recursos por equipe do programa/mês (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

Esse novo modelo de financiamento mobilizou a equipe da ATAN e resultou no desenvolvimento de um outro componente do PAB variável destinado a incentivar o combate às carências nutricionais. Já em março de 1998, deu-se a mudança do mecanismo de financiamento dos municípios para compra de leite e óleo de soja para suplementação alimentar do público prioritário com a criação do Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), também chamado de Incentivo de Combate às Carências Nutricionais (ICCN). Esse programa substituiu os convênios pela transferência direta de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Municipais de Saúde por meio do PAB variável (BRASIL, 1998c).⁵⁸

A política estava, ao mesmo tempo, correndo, então a gente podia levar essas questões para o processo de elaboração da política e foi quando, ao mesmo tempo, na secretaria executiva, era o Barjas que era o secretário executivo. Na secretaria executiva, quando estavam fazendo o PAB e os variáveis, quando toda a discussão dos repasses diretos e automático e os variáveis estava começando a ocorrer. Foi também quando aí, quando o processo de política estava ocorrendo, eu cheguei a ir pra lá dizendo: “por que então a gente não faz parte desse processo? Porque não dá para ficar gerenciando convênio, é um absurdo e é preciso autonomia dos municípios, é preciso que a gente tenha uma outra relação com os municípios, já que isso está acontecendo na atenção básica e várias áreas, nós somos uma das áreas que sofreu todo esse processo de extinção, agora que está vindo a nova política e tal”. E foi sim, enfim, a decisão de também tornar a nutrição um dos incentivos. É um dos exemplos, assim, de coisas que vão ao mesmo tempo. (E16)

O PCCN tinha dois componentes: a) um valor destinado à recuperação nutricional de crianças entre 6 e 23 meses mediante o fornecimento de leite integral e óleo de soja, segundo orientações do Ministério da Saúde; b) um adicional a ser aplicado em outras ações

⁵⁸ No Relatório de Gestão do INAN do ano de 1996 há um capítulo sobre “O INAN no contexto da NOB-SUS-96”. Nele consta a análise que o Instituto realizou sobre o texto da NOB 96, aprovado pela CIT em 4 de julho daquele ano. Com relação ao financiamento das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica, há menção que a transferência de recursos para os municípios ocorresse por meio de “convênio padrão” do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde para “apoiar as ações de gerência na área de alimentação e nutrição, exceto para aquisição de alguns micronutrientes” (INAN, 1996, s/p).

nutricionais consideradas epidemiologicamente relevantes para o município, selecionadas de um elenco que inclui, prioritariamente, o aleitamento materno e o combate às deficiências de ferro (gestantes e crianças) e de vitamina A (menores de 5 anos), mediante atividades de promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998c).

Os recursos desse incentivo financeiro eram repassados somente aos municípios que atendessem aos seguintes requisitos: a) estar habilitado em qualquer uma das condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96; b) integrar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN; c) elaborar o plano municipal de combate às carências nutricionais, contendo o elenco de ações que devem ser implementadas (BRASIL, 1998c).

O funcionamento do PCCN nos municípios deveria ocorrer, segundo orientações do Ministério da Saúde, da seguinte maneira:

As crianças a serem beneficiadas pelo programa são encaminhadas à rede municipal de saúde pelos agentes comunitários. A inscrição é feita depois de uma avaliação do estado nutricional, e somente se a mãe apresentar o Cartão da Criança. **O acompanhamento do estado nutricional é realizado regularmente**, medindo-se o peso e avaliando-se a curva de crescimento. **Mensalmente, essa avaliação é registrada no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).** Toda criança, uma vez inscrita no programa, deve **receber atendimento pelo menos por 12 meses**, independentemente do resultado das avaliações posteriores. Cada criança inscrita recebe **1 litro de leite ou 120 g de leite em pó integral, diariamente, e uma lata de óleo de soja por mês.** Para combater a anemia ferropriva, causada pela carência de ferro, o Ministério também distribui **xarope de sulfato ferroso para as crianças do Nordeste** (BRASIL, 2001, p. 6).

Assim, a suplementação alimentar do público materno-infantil se propagou dos chamados serviços de saúde pública para os serviços que começavam a conformar a Atenção Básica em todo o país, onde a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e das Equipes de Saúde da Família passava a ser priorizada. Isto acarretou uma mudança no processo de trabalho da equipe da área de alimentação e nutrição do MS, pois esta passou a ter demandas de apoiar tecnicamente os municípios para desenvolvimento das ações nos serviços de Atenção Básica e não mais somente gerenciar administrativamente os convênios, como esclarece a entrevistada na fala abaixo.

Então agora é uma outra dinâmica, uma outra necessidade operacional, uma outra necessidade de equipe. Então aí nós começamos a crescer, a nos organizar, enfim. Com a vinda do ICCN, aumentou a demanda por materiais, porque a lógica do convênio era completamente diferente. E o trabalho que acarretava para a área de nutrição, gerenciamento dos convênios era, digamos assim, muito menos técnico e muito administrativo. Com a mudança do procedimento, começou a surgir, de fato, não só a possibilidade concreta da gente trabalhar, focar, priorizar outras coisas,

como o crescimento da equipe e também a necessidade, para o ICCN, da criação de materiais que auxiliariam os municípios a melhor utilizarem aqueles recursos, ao mesmo tempo a política também. (E16)

A aproximação com a Atenção Básica também se deu no âmbito institucional no Ministério da Saúde. Até 1999, a gestão do PACS e do PSF estava na Secretaria de Assistência à Saúde, mas, no ano 2000, passa para o DAB, criado no âmbito da SPS, mesmo locus institucional da ATAN. O DAB foi dirigido por Heloíza Machado até 2002 (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), em março de 2000, o PCCN estava presente em 88,5% dos municípios brasileiros e beneficiava 92,5% do seu público-alvo, estimado em 615.024 crianças de 6 a 23 meses em risco nutricional, número que, acrescido de 50% por conta dos contatos, gestantes e idosos com deficiências de nutrição, perfaz o total de 922.536 pessoas.

A cobertura municipal do PCCN se deu na direção dos municípios definidos como prioritários pelos Programas de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) e Comunidade Solidária (CS), além de privilegiar também os municípios do Polígono da Seca (BRASIL, 2001).

Frente a esse cenário de implementação, a equipe da ATAN precisava crescer. Para conseguir isso, era preciso ter DAS. Conforme explicado na fala abaixo pela entrevistada, a ATAN conseguiu ter apoio para tanto.

E teve muita gente, talvez a maior parte, que a gente tinha contrato, que a gente conseguiu... a gente tinha alguns contratos da OPAS, a gente tinha contratos terceirizados. Então foi uma combinação, assim, uma mistura de coisas. A gente tinha alguns DAS, porque quando a área começou a se estruturar, uma das coisas que a gente levou para a administração, para as chefias, era a pequena estrutura da área, que implicava a gente a ter o mínimo de DAS, para que a gente pudesse trazer gente, né? Pelo menos trazer a estrutura, primeira estrutura, assim, que a gente pudesse recrutar nas universidades ou em outro local, em outro órgão, nos estados e, para isso, a gente precisava de cargo. Mas, felizmente, a gente conseguiu apoio, mas eu acho que a gente conseguiu bastante apoio, porque nós éramos uma equipe muito séria, assim. A gente tentava fazer as coisas, a gente mostrava serviço. Desde a elaboração da política, uma coisa que veio lá de trás, a gente foi ganhando. A gente foi ganhando credibilidade dentro do Ministério, era a mesma equipe, né? Com os chefes e tal, a gente foi ganhando, ganhando, ganhando e foi mostrando que a gente tinha capacidade e então a gente foi crescendo, [...] mais responsabilidade, mais... e sempre saúde da criança, nossa parceira integral. Sempre, sempre, a Gorete esteve sempre do lado e a Heloíza também, né? Gerenciando, na época, o saúde da família, Heloíza Machado. Bom, enfim, foi uma época muito rica (E16).

Conforme explica a entrevistada na fala abaixo, o processo de formulação da PNAN já dava à ATAN mais credibilidade dentro do MS, o que permitiu a criação de um componente do PAB variável relativo à alimentação e nutrição.

Quando a gente tinha uma política, a gente já estava com muito mais interlocutores, muito mais força política, muito mais capacidade de articulação. Ao mesmo tempo, **a gente tinha um incentivo que acarretava um grande volume de recurso e um lado operacional muito pesado, então isso calhou.** Se não tivéssemos a política, eu acho que o que teria acontecido... **se não tivesse acontecido dessa forma, eu acho que o que teria acontecido é, especulação pura minha, mas, assim, por eu ter vivido esse processo, eu acho que a gente teria desaparecido, porque eu acho que os convênios, aos poucos, teriam se fragmentado, parado, enfraquecido ou virado uma coisa que sairia da saúde e iria para algum outro setor, provavelmente usado muito politicamente.** Então eu acho que a política foi muito fundamental para elevar o status, digamos assim, da área e fazer com que entrasse dentro do plano de incentivos e foi criado o ICCN. (E16)

Em menos de 1 ano após a extinção do INAN (entre julho de 1997 e março de 1998, quando iniciou o PCCN) a pequena ATAN consegue a proeza de pegar carona na maior empreitada para implementação do SUS em todos os municípios do país. Num governo onde não coube a perspectiva de Política de Segurança Alimentar do CONSEA e nem a perspectiva do INAN de manutenção de um grande órgão público de gestão centralizada, a ATAN conseguiu encontrar um caminho para encaixar-se na lógica de administração pública instalada naquele período e “colar” na expansão da Atenção Básica que se iniciava no país.

Junto ao crescimento do PCCN a ATAN consegue orçamento, equipe técnica e apoio político para desenvolver outras ações. Esta proeza foi fundamental para o crescimento da área e para as suas novas empreitadas que serão apresentadas a seguir.

3.1.4 Programa Bolsa-Alimentação: a virada

O Secretário João Yunes, em virtude da sua atuação na OPAS, incentivava e promovia a participação de técnicos do Ministério da Saúde em fóruns internacionais. De acordo com Denise Coitinho, Yunes compreendia a importância do intercâmbio de experiências entre países, mas não só para trazer ideias de outros para o Brasil, ele entendia que o Brasil tinha muito a apresentar aos outros países também. No entanto, a tradição no Brasil não era de promover a participação de técnicos nesses espaços, a representação do país ficava sob responsabilidade dos diplomatas do Palácio do Itamaraty (Ministério das Relações

Exteriores). Yunes conseguiu abertura para enviar pequenas delegações de técnicos do Ministério da Saúde e concretizar seu propósito, conforme explica a entrevistada:

Então ele começou a montar pequenas delegações, montar espaço, montar delegações e que ele queria que fossem, ele queria expor as pessoas, porque ele sempre dizia o seguinte, assim, nesse cenário internacional tem 2 tipos de posturas, aliás, 3. Tem o país que vai lá, tipo assim, prestar conta, para ficar bem no figurino. No outro extremo, tem o país que manda, geralmente Estados Unidos, enfim, a Europa. Tem os países que mandam e que geralmente são os financiadores, né? Os doadores. E tem um pequeno grupo de países intermediários, que têm, assim, muita coisa para mostrar, que pode influenciar, não precisa mais ficar naquela situação de mostrar serviço, porque tem autonomia e não precisa estar com os doadores, porque tem o que mostrar, é mais independente, etc. O Yunes queria que o Brasil se posicionasse nesse grupo intermediário, porque ele dizia: “nós temos tudo para sermos esse grupo intermediário. A gente tem recurso, que é o principal, a gente tem orçamento, a gente tem recurso, a gente tem programa, a gente tem ideias, a gente tem técnicos. Nós não somos doadores, então a gente não vai se alinhar aos doadores, mas nós não somos pedintes, não estamos com o pires na mão para ficar lá no grupo dos que vão lá mostrar serviço para os doadores e dizendo amém para tudo”. Então ele queria muito que a gente se posicionasse, ele achava que só os técnicos indo, que conheciam profundamente as coisas, esse posicionamento podia acontecer, porque não depende só de você fazer um pronunciamento na hora em que o Brasil é chamado. Existe muita reunião de bastidores, enfim, tem toda uma dinâmica que ocorre nessas reuniões, que é onde as coisas acontecem, as decisões são tomadas, as influências são exercidas e ele achava que a gente não ocupava esse espaço, porque ia simplesmente alguém do Itamaraty, que fazia o trabalho deles muito bem feito, sem dúvida nenhuma, mas limitado a uma representação e não a ser um ator técnico nessas esferas. (E16)

Denise Coitinho foi uma das pessoas que João Yunes incluiu nessas pequenas delegações, o que lhe permitiu desenvolver bons trabalhos e aumentar sua credibilidade no Ministério da Saúde.

E ele abriu esses espaços para algumas pessoas e uma das pessoas... eu tive o privilégio de ser uma das pessoas que ele investiu para isso, uma das razões é porque eu tinha estudado na Inglaterra, então eu falava bem inglês. Eu tinha trabalhado na UNICEF, então eu já tinha alguma familiaridade, enfim, ele começou a confiar em mim e foi me dando espaço nisso. Conforme a gente foi atuando, tanto na OMS, quanto na OPAS, nessas reuniões internacionais, tinha uma pequena equipe, que começou a ser muito coesa, tinha o Jarbas Barbosa, que hoje ainda está no ministério. A delegação acabava sendo o Jarbas, eu, a Vera Costa e Silva, que depois foi para o tabaco. Era um grupo de pessoas que começou a ocupar esse espaço, digamos, intermediário e a gente começou a fazer um bom trabalho nessa área. (E16)

Nesse período na agenda da nutrição destaca-se o protagonismo do Brasil na defesa da alteração da recomendação da OMS acerca da duração do aleitamento materno exclusivo. A OMS recomendava de 4 a 6 meses e Denise junto a delegação brasileira participante da 52ª Assembleia Mundial da Saúde (Genebra, maio de 1999) propôs a mudança para 6 meses.

Então, nós, nessa ideia do Yunes de fortalecer esse protagonismo internacional, fomos a uma reunião em Genebra, que era a Assembleia Mundial da Saúde e que esse tema estava na pauta. Quer dizer, estava na pauta alimentação infantil, não o tema de 4 a 6 meses, isso eles não queriam abrir a discussão, de jeito nenhum e o Brasil foi lá então... Estudando esse assunto, nós concluímos que a recomendação de 4 a 6 meses era ruim e que nós precisávamos então pôr no guia 6 meses, dar uma orientação clara, objetiva, para a mãe: “são 6 meses”. E nós então fomos para essa reunião com a proposta de 6 meses. A discussão central não era essa, mas era uma coisa que falava de 4 a 6 meses, então a delegação do Brasil falou: “olha, por sinal, nós gostaríamos que esclarecesse de uma vez e que a gente adota 6 meses”. (E16)

Segundo a entrevistada, houve muita resistência a essa proposta e o apoio do Ministro José Serra foi fundamental para que o Brasil seguisse na defesa da nova recomendação.

E isso foi uma confusão de um tamanho que eu jamais... eu não estava preparada para essa confusão, não imaginei que a confusão era desse tamanho, de jeito nenhum, e foi aí que eu aprendi que o que tinha por trás desse negócio de 4 a 6 meses era uma coisa enorme. Era um lobby muito grande das indústrias e era um lobby que não era só relacionado ao leite em pó, mas era relacionado à alimentação de transição, porque essas indústrias produziam papinhas e o mercado europeu e o mercado americano consomem muito essas papinhas já prontas e essas papinhas, ao introduzir aos 4 meses e não aos 6, são 2 meses de faturamento e esse é um mercado importante, eu não tinha nenhuma noção. Então, assim, o interesse comercial por trás desse negócio de 4 a 6 meses transcendia o leite em pó, era uma coisa muito maior e a gente não tinha ideia. Aí foi quando nós... **o Serra era o chefe da delegação, devo dizer que também ele nos apoiava muitíssimo**, porque começou a dar uma confusão danada, eles queriam outros países, o mesmo secretariado da OMS, outros países, em cima de nós, dizendo: “não, para com isso, é 4 a 6, não vem com essa história, cancela essa proposta”. **Eu fui apavorada para ele, como chefe da delegação, falei: “Ministro, eu estou aqui com um problemão, a gente propôs esse negócio”, ele falou: “é melhor para a criança?”, “é”, “vai até o fim, vai até o fim”, aí eu falei: “não, mas a gente vai... era uma briga fenomenal, que não vai conseguir ganhar”, mas ele endossou e nós então falamos: “não, não, nós queremos 6 meses e tal”**. Toda discussão naquela assembleia foi que não tinha evidência científica, não tinha evidência científica e tal. E, inclusive, eles acabaram dizendo que o Brasil fazia uma coisa contra as suas crianças, porque não havia evidência científica. (E16)

Frente aos entraves da discussão internacional, o Ministério da Saúde do Brasil tratou de promover a produção das evidências científicas necessárias para colocar essa questão novamente em pauta na Assembleia Mundial da Saúde seguinte, realizada em maio de 2000, onde a mudança da recomendação foi aprovada.

Então a conclusão foi: “vai se fazer um estudo aprofundado sobre essa questão de 4 a 6”, foi encomendado para o César Victora, ele foi um estudo enorme, “e o ano que vem a gente volta aqui, na próxima assembleia para definir essa questão”. Aí o César Victora fez um estudo, mostrou que as evidências eram super contundentes e nós então voltamos no ano seguinte e foi graças ao Brasil e a essa confusão toda, que a OMS finalmente adotou 6 meses. E nós então já tínhamos esse enorme respaldo na nossa, a partir daí, todas as guias alimentares passaram a ser... bom, enfim, 6 meses passou a ser a recomendação, mas, de fato, foi uma atuação inesperada, mas foi que uma história legal, assim, vencedora. E que a gente conseguiu realmente um corpo de evidência científica muito sólido, que já existia,

mas graças a esse... diziam tanto que não tinha, então foi feito um estudo mais aprofundado, uma análise e, enfim, conseguiu-se definir (E16)

Foi nestas experiências internacionais que Denise Coitinho indica ter entrado em contato com os programas de transferência de renda que tinham um componente nutricional que estavam sendo desenvolvidos em outros países. Segundo ela, o programa do México se destacava naquela época. Tratava-se do Programa de Educação, Saúde e Alimentação (Progresa), implantado em 1997⁵⁹ que “visava ao alívio da pobreza e ao desenvolvimento do capital humano mediante transferências monetárias diretas para as famílias, recebidas pelas mulheres; e provendo o acesso da população de zonas rurais a serviços de educação e da saúde” (MORAES, PITTHAN, MACHADO, 2018, p.369).

Era o ano de 2001 e o Brasil já estava desenvolvendo o Programa Bolsa Escola, que foi o primeiro programa de transferência de renda criado pelo Governo FHC. Aproveitando a abertura do Ministro José Serra à agenda da nutrição (em virtude do caso descrito na sessão anterior deste trabalho), Denise Coitinho propôs a ele, com apoio do Secretário João Yunes, a transformação do PCCN num programa de transferência de renda direta às famílias. O Ministro gostou da ideia e levou ao Presidente Fernando Henrique Cardoso.

Então, assim, ao voltar, sendo exposta a essa coisa toda, voltando para o Brasil, tinha o Bolsa Escola, né? Na época. Já existia, já tinha começado, começou com uma ideia do Cristóvão Buarque, que foi depois incorporada e Fernando Henrique gostou, fez, ampliou, blá-blá-blá, então o Bolsa Escola já estava uma coisa, assim, mais consolidada. Mas eu então falei na época com o Yunes, e na época, aí, por uma outra razão que depois eu posso até contar, porque também é outra anedota, o Serra começou a prestar atenção na nutrição, mas realmente foi por uma outra razão curiosa, eu comecei então a ter mais espaço para trazer esse tipo de ideia para dentro do ministério. **“Por que a gente então não pensa em transformar o ICCN, que agora a gente... bom, a gente fazia primeiro o convênio, agora a gente repassa direto, então por que agora a gente não passa direto para as pessoas? Em vez de passar para o município, que vai comprar e não sei o que lá? Por que não passa direto para as pessoas? O mundo inteiro começou a fazer isso. A gente tem o Bolsa Escola, já tem essa ideia, tem um componente nutricional”. Na minha ideia, tinha que ter um componente nutricional, tinha que ter um negócio assim. “A gente tem a política, a política já vai muito nessa direção, por que a gente não faz isso?”. Então uma ideia começou a surgir. E a ideia veio de uma ideia muito técnica, muito baseada nesses exemplos que eu estava vendo, principalmente do México, com muito apoio do Yunes e quando chegou nas esferas mais decisivas, entra, claro, um monte de coisa, de fato, decisões que são mais políticas e tal, de contexto, de analisar, disso e daquilo e eles gostaram da ideia, o Serra então me chamou lá para fazer uma explicação melhor de como poderia ser a transformação do ICCN numa bolsa, então nós explicamos, a minha equipe, a gente explicou como podia ser o contexto e ele foi levar para o Fernando Henrique e o Fernando Henrique gostou e falou: “bom, mas então a a gente fica na escola e a gente fica na saúde, na educação e na saúde, é isso, a ideia é**

⁵⁹ O Progresa foi transformado no Programa Oportunidades, em 2002, financiado pelo governo federal mexicano e pelo Banco Mundial (MORAES, PITTHAN, MACHADO, 2018).

essa? A gente fica então com braço nos dois grupos vulneráveis, assim?”, “é”, “ah, então tá”. Então foi assim o primeiro embrião da ideia. (E16)

Uma outra entrevistada lembra de um fato importante naquele contexto que pode ter contribuído para que o Presidente FHC aprovasse a criação de um programa de transferência de renda no Ministério da Saúde com componente nutricional: o escândalo da extinção do PRODEA.

[...] no espaço nacional existia uma disputa... uma disputa não, uma crítica da sociedade no Governo Fernando Henrique, quando acaba umas cestas voltadas para o Nordeste, eu não lembro o nome, que eram... ah, sei lá o nome. Ela tinha um nome de umas... um programa de cestas básicas no Nordeste, e o Fernando Henrique simplesmente cortou. No que ele corta, vira um escândalo, etc. e tal, na imprensa, e aí a Denise vê esse momento, ela vai te explicar melhor se foi isso, mas eu lembro claramente dessa crise na imprensa, etc. e tal, e ela vê esse momento como uma oportunidade de a gente falar: “não, a gente pega esse dinheiro dessa...”, que eu esqueci o nome desse programa, “e canaliza para uma agenda de fortalecimento do ICCN ou para desnutrição no SUS. Então eu lembro que esse foi mais ou menos o contexto político na hora. E eu pego o início de pensar no que seria uma proposta. [...] E aí a Denise vem com uma pressão muito grande na gente falando assim: “vamos produzir uma proposta para tentar disputar...”, era PRONERA⁶⁰, eu acho, o nome do negócio, “para tentar disputar esse recurso que está aí e a gente está recebendo muita crítica, etc.”. Então a gente corre, começa a escrever ou numa linha de expansão do ICCN ou numa linha de... a gente não sabia se era... cartão não se falava na época, se era cupom alimentação, mas, assim, a gente começa a escrever alguns desenhos de alguns cenários de possibilidade de política pública. Mas ela não consegue emplacar com isso, né? Estava na carta, a gente enquanto equipe preparando alguma proposta e ela tentando emplacar. E aí ela vai, eu lembro de uma viagem para o Japão com o ministro para um projeto da jaca, que é aquela instituição de cooperação japonesa, na linha de alimentos regionais, e ela aproveita a viagem para buzinar na vida do ministro e pedir para ele pelo menos que aceitasse a gente apresentar uma proposta. Aí a vida vira de cabeça para baixo mesmo, porque aí vem orientação: “está bom”. Não, porque o convencimento era de o Ministro da Saúde apresentar para o Fernando Henrique alguma proposta, para o PRONERA. Aí a nossa vida virou de cabeça para baixo, porque a gente recebe a orientação que o ministro aceitou receber uma proposta. E aí foi muito legal, porque aí corre o Brasil inteiro para conhecer quais eram as experiências. A gente foi nos estados, né? Primeiro levantou Food Stamp, levantou problemas internacionais, depois tinha várias propostas na mão, a gente começou a conhecer as experiências locais para desenhar uma proposta. Então foi legal, porque eu participei desde a concepção do programa e toda confusão técnica, a discussão técnica para chegar no formato do Bolsa Alimentação.(E9)

O Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos do governo federal (PRODEA) havia sido criado em 1993, pelo então Presidente Itamar Franco, em caráter emergencial com a finalidade de socorrer a população carente atingida pela seca no norte de Minas Gerais e no Nordeste. Posteriormente, a seleção dos municípios a serem beneficiados foi ampliada com base no Mapa da Fome do IPEA. De cunho compensatório, o PRODEA

⁶⁰ A entrevistada não lembrava o nome correto do programa, mas pelo seu relato foi possível verificar que se tratava do PRODEA.

atuava na distribuição de cestas de alimentos. Este programa foi incluído como parte do Programa Comunidade Solidária em 1995. (LAVINAS et al, 2000).

De acordo com Lavinias et al (2000), entre os anos de 1995 e 1998 houve a expansão do programa em número de municípios atendidos e número de cestas básicas distribuídas, além do crescimento também do público-alvo, com a inclusão de comunidades indígenas e acampamentos de sem terra, bem como o quantitativo de cestas a eles destinadas. No entanto, o PRODEA foi cortado do Orçamento da União de 2001, aprovado no final do ano 2000, o que na prática significou a extinção do programa. Uma reportagem publicada pela Folha de São Paulo em 26 de novembro de 2000 denuncia o fim não anunciado do programa:

Decisão discreta. O fim do Prodea é uma decisão tomada discretamente pelo governo antes mesmo de definir uma alternativa ao programa que considera exageradamente assistencialista, socialmente equivocado. "O programa mata a fome, mas não ajuda a diminuir a pobreza nem estimula a economia das regiões mais carentes", avalia Osmar Terra, secretário-executivo da Comunidade Solidária. O grupo de estudo que analisa alternativas ao Prodea ainda não chegou a uma conclusão, informa a Casa Civil da Presidência da República, que coordena os trabalhos. Uma das propostas em estudo é permitir que os beneficiados comprem mercadorias nos próprios municípios em troca de serviços prestados à comunidade. São dois os argumentos principais do governo para pôr fim ao programa. O primeiro deles é que a distribuição gratuita de alimentos estaria prejudicando o comércio local nos 1.350 municípios atendidos pelo Prodea, já que parte das compras é feita mediante leilões eletrônicos em bolsas de mercadorias e não diretamente de pequenos produtores. O outro é que as famílias beneficiadas tendem a se acomodar numa situação de pobreza disfarçada. Em vez de uma ajuda emergencial, a distribuição de alimentos seria uma forma de assistência permanente e pouco eficaz (SALOMON, 2000).

Quando questionada sobre a relação da crise do PRODEA com a criação do novo programa de transferência de renda, Denise Coitinho afirmou que este não foi um dos elementos decisivos para a criação do programa, na sua percepção. Ela destaca a perspectiva de avanço ao substituir a entrega de alimentos pela transferência direta de renda às famílias.

Agora, eu não acho que esse foi um dos elementos decisivos, talvez a [E9] tenha uma outra perspectiva, talvez ela olhe as coisas sob uma outra perspectiva, certamente ela olha sob uma outra perspectiva. Para mim, a principal perspectiva do que eu vivi foi a ideia de dar um passo a mais, no sentido de ir direto para as pessoas [...] (E16)

De acordo com as entrevistadas, após receber o aval político do Ministro da Saúde e do Presidente da República para um novo programa, a equipe da ATAN teve um tempo curtíssimo para elaborar a proposta (cerca de 3 meses). Para esse desafio, convidaram algumas pessoas da rede de parceiros, como o professor Malaquias Batista Filho.

[...] Então, assim, eu lembro bem de uma reunião com o doutor Malaquias, ela⁶¹ colocando na mesa, falando assim: “oh, estou diante de uma oportunidade política, estou diante de um valor...”, lembro do doutor Malaquias, lembro da reunião em si, e ela falando assim: “e agora, o que a gente faz?”. Com esse grupo foi muito madura a discussão. Tipo: “o INAN extinguiu, ICCN não é o melhor desenho, a gente precisa pensar numa proposta que cole e que consiga pegar esse dinheiro do [PRONERA]. Mas aí eu não estou falando do grupo da Nutrição os acadêmicos que pensavam a política de nutrição, sabe? Isso aí não houve problema, pelo menos eu não lembro disso. (E9)

Denise Coitinho relata os preconceitos que precisaram ser superados para a definição do novo programa. Ela indica que houve resistências dentro do próprio grupo que elaborou a política. Assim, a partir das informações dadas pela entrevistada E9 sobre a participação de parceiros da Academia na elaboração da proposta do programa, pode-se suspeitar que as resistências tenham vindo de pessoas que compuseram o GT de formulação da PNAN, como o professor Malaquias Batista Filho. Compreende-se sua possível resistência à mudança depois de conhece sua trajetória à frente da construção de programas de suplementação alimentar desde o início da década de 1970.

[...] porque, assim, as perguntas todas eram: “ah, como é que vai controlar? Como é que vai, a mãe vai beber, a mãe vai comprar...”. **Nós começamos a fazer essa discussão interna entre o grupo mais próximo que elaborou a política, a primeira reação deles foi negativa também, a primeira reação deles foi: “ei, ei, ei! Mas as pessoas não têm capacidade de gastar esse dinheiro, mas a mãe vai gastar...”**. E nós dizíamos: “isso está acontecendo, tem um progresso no México, o que está tendo bom resultado e é uma outra forma de assistência, a transferência direta de renda está sendo cada vez mais usada como forma de assistência, né? No mundo”. Bom, então a gente foi, assim, tirando resistências, ela tem razão. Também tinha... mas, assim, não só tinha a crítica de acabar com algum tipo de assistencialismo direto, como a cesta básica, mas também tinha uma certa crítica do próprio ICCN, porque existia, assim, embora mil vezes melhor passar do convênio para a transferência direta, também existia uma questão complicada, um custo administrativo muito alto na transação, né? Um custo transacional, uma vez que chegou recurso lá, fazer licitação, comprar a cesta, distribuir, no caso, o leite, né? Então, assim, tinha toda uma logística, todo um custo operacional e uma das razões que eu me lembro que nós levamos nessas reuniões era: os programas de transferência de renda têm um custo baixíssimo. Eles têm um custo que pode chegar a 3% do orçamento, custo de transação, de administração. Então, assim, se você conseguir selecionar bem e, enfim, educar, controlar, fazer toda a estrutura do programa, o custo operacional é muito baixo. Então é a coisa mais eficiente que tem se você quer assistir, você transferir direto para alguém que merece, que precisa. (E16, grifos nossos)

Para a entrevistada E9, com os parceiros do âmbito acadêmico não houve problema, mas ela lembra-se da resistência das entidades de nutricionistas sobre a proposta de acabar com a distribuição de leite e óleo nas unidades de saúde e relata um episódio ocorrido na Conferência Nacional de Saúde em dezembro de 2000:

⁶¹ Aqui a entrevistada refere-se à Denise Coitinho.

Agora, com CFN e ASBRAN a vida ficou animada. Então, assim, na época estava na coordenação a Rosana Nascimento, aí ela chama... a gente estava numa Conferência Nacional de Saúde e ela chamou todos os nutricionistas da Conferência Nacional de Saúde para bater na gente. Eu ainda muito nova, devia ter mais ou menos 6 meses, 1 ano de CGPAN, e a Denise falou para mim: “topa ir para apanhar?”. Eu falei: “topo, vamos embora” (risos). E aí quando a gente apresentou, tinha umas 50 pessoas, assim. Na época a Nutrição participava pouco das conferências nacionais de saúde, mas, tipo, foi chamado assim no microfone: “todos os nutricionistas na sala tal que o Ministério da Saúde vai apresentar a proposta de transferência de renda”. [...] Já tinha a autorização política e a proposta, a gente não tinha apresentado ainda a devolutiva para o ministro, dizendo: “é essa a proposta”. A gente estava com um tempo, não sei se foram 3 meses, não sei dizer quanto tempo, para desenhar a política que viria. E ele aceitou disputar. A Denise também sabe, mais do que eu, não lembro dos detalhes. **Aí nessa reunião... que eu lembro que uma das partes mais duras do processo foi essa, que a gente leva e aí o CFN, ASBRAN e todo mundo que estava lá: “ai, que absurdo! Que, primeiro, não vai precisar mais de nutricionista no SUS”, que era a grande preocupação, “você estão fazendo um movimento que vai tirar da Nutrição a nossa agenda”, que é a entrega de leite e óleo, etc., “você vão colocar na mão da família e ela não vai comprar alimentos e você vão descaracterizar e vai ser um programa da pobreza e não mais saúde pública”.** Então, assim, a gente levou muita pancada, muita pancada. Aí a reunião foi muito dura e a Denise... achei brilhante a saída dela, que ela virou e falou assim: “está bom. Eu tenho ainda tanto tempo”, não lembro quanto, “para entregar essa proposta para o ministro. Eu levo a proposta que a ASBRAN e o CFN me entregarem”. Mas você entregou? Ninguém entregou, entendeu? Ninguém entregou uma proposta. E aí a gente falou: “as várias evidências...”, a gente se baseou muito no México, tinha um programa mexicano que eu não lembro mais o nome, depois virou Solidaridad, mas ele tinha um outro nome antes, e alguns outros programas, de outros países. A gente tinha evidência, a gente sabia que mais ou menos não ia comprar, mas a gente não tinha a certeza absoluta para bancar. Ao mesmo tempo, a gente queria muito uma coisa de empoderamento da família. Muito! E sabia todos os problemas de execução do ICCN. E aí bancamos. Bancamos, levamos a proposta. Quando o Serra levou, na hora foi... pelo menos eu não lembro de nenhum stress nesse sentido. E aí vieram os milhões para... eram quase 400 milhões, 375 milhões, para a agenda, né? E aí começa todo o processo de implantar, fazer sistemas de informações funcionarem... (E9, grifos nossos)

Ainda sobre a construção do novo programa, Denise Coitinho destacou que insistiu muito para que desde seu início fosse desenvolvida uma avaliação e esclarece que foi possível realiza-la com financiamento do Banco Mundial.

Mas uma das coisas que eu insisti muito foi que nós desempenhássemos a avaliação desde o início do programa. Quando a gente concebeu o programa, nós concebemos o programa e a avaliação interna e quando eu levei isso para o Barjas, para o Serra, na época, eles falaram: “você está doida? Não tem nem programa, você quer avaliar o quê? Se não tem nem programa?”, eu falei: “não, não, não, a gente tem que embutir, dentro do programa, o desenho da avaliação”, a gente tinha um projeto com o Banco Mundial, então eu falei: “a avaliação tem que ser externa, independente, porque nós queremos saber, desde o início já ter os elementos dentro do desenho, para que a gente possa avaliar”. E acharam uma idiotice total, mas deram carta branca: “está bom, faz, desenha” e foi quando a gente então se uniu ao IFIPRI, para que a gente conseguisse desenhar já desde o início do programa a avaliação. Foi também uma das coisas mais legais que eu acho que a gente fez, a equipe toda se envolveu, porque era uma coisa bem independente, uma avaliação bastante isenta,

independente e técnica, mas que a gente sabia que a gente ia conseguir, em curto prazo, monitorar o programa do jeito que a gente queria. (E16)⁶²

A entrevistada E9 mencionou a preocupação de Denise Coitinho em desenvolver esse processo de avaliação do novo programa em virtude das críticas sobre a efetividade da transferência de renda ao invés da distribuição de alimentos.

[...] como a Denise era muito técnica, a gente, assim, de certa forma queria impor qualidade técnica ao processo, a moeda de troca, vamos dizer, que ela fez na negociação toda... não é moeda de troca, é porque a gente escreveu um projeto bem legal de implantação. Apesar da correria e do pouco tempo, o projeto estava muito legal. E aí uma das coisas foi: a gente precisa de uma avaliação externa, independente desde o início, exatamente para dar sustentabilidade ao processo, porque como tinha essas dúvidas, e eram dúvidas na hora do lançamento... que a gente sabia que iam surgir, mas na hora do lançamento do programa na mídia brasileira, não sei nem se o pessoal acompanha a narrativa, mas, assim, a mídia brasileira: “ai, o povo vai comprar cachaça, não sei o que!”. Ela dava entrevista dia e noite que o povo ia comprar cachaça. E a gente para responder só falava: “não, o programa x, no país tal, mostrou que não foi isso” [...] Então a nossa resposta para a imprensa era: “não, porque o país tal, porque o país tal”, e ela falou: “não, eu preciso de uma...”. E na época foi muito questionado, porque nem sei... era muito grande tudo, e o valor era alto. E como a gente nunca investe... estou falando a gente enquanto gestão pública federal, investe muito pouco numa avaliação externa independente desde o início, aí tem que ter muita ladainha para conseguir aprovar, né? (E9)

De acordo com o Relatório de Gestão 2000-2002 da SPS, o início do Programa Bolsa Alimentação (PBA) ocorreu entre julho e agosto de 2001, com sua implantação em municípios-piloto para que fossem avaliados os mecanismos operacionais e o sistema de informações. Foram realizados encontros, reuniões e capacitações para divulgar o novo programa: II Encontro Nacional dos Coordenadores Estaduais e Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição; seminários para sensibilizar os gestores municipais da importância do Programa; treinamento das equipes das regionais de saúde dos Estados; apresentação para as Comissões Intergestores Bipartite dos Estados e articulação com a Coordenação Nacional dos Pólos de Capacitação de Saúde da Família para formulação de estratégias de capacitação de multiplicadores (BRASIL, 2002).

O PBA foi criado oficialmente em setembro de 2001 por uma Medida Provisória substituída no mesmo mês pelo Decreto Nº 3.934 que aprovou o regulamento do programa. O objetivo do programa era a complementação da renda familiar para a melhoria da alimentação

⁶² A avaliação de impacto do Programa Bolsa Alimentação foi realizada pelo *International Food Policy Research Institute* (IFIPRI) em parceria com instituições brasileiras que atuavam como Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição junto ao Ministério da Saúde.

e o fomento à realização de ações básicas de saúde com enfoque predominantemente preventivo (BRASIL, 2001). No mesmo dia de criação do PBA pelo Decreto Presidencial, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº1770 que estabelece instruções para implantação e funcionamento do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Saúde – Bolsa Alimentação (BRASIL, 2001).

A imprensa noticiou à época que o PBA se tratava de um dos carros-chefes da área social na reta final do governo, quando o Ministro da Saúde, José Serra, já era apontado como o mais forte pré-candidato tucano⁶³ à sucessão presidencial. O “palanque” de lançamento do PBA foi o município de São José da Tapera, no sertão de Alagoas, no dia 17 de setembro de 2001. Tratava-se do município que apresentou pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país em 1998, segundo avaliação da ONU, e um dos municípios prejudicados pelo fim do PRODEA. Em 2001 a prefeita do município era a tucana Edneuzza Pereira Ricardo (BRASIL, 2001).

Sobre o caráter político-eleitoral do PBA, Denise Coitinho afirma que a equipe da ATAN tinha pouco envolvimento e destaca o empenho do grupo para desenhar e operacionalizar o novo programa num curto espaço de tempo.

Na questão mais política mesmo, partidária, eleitoral, não sei o que lá, isso a gente se envolvia super pouco, não era uma coisa que chegava, assim, para nós, nessas alturas e eles nos deram então um prazo hiper curto para desenhar o programa [...] Foi uma pauleira, nós trabalhamos pra caramba e desenhamos o programa. Desenhamos o programa, o programa ficou bem legalzinho, desenhado, logo no início, e foi, então, aprovado por eles e foi quando deu a mudança total, porque aí nós tivemos coordenação, aí precisava de uma estrutura maior, de um status maior, porque era outro controle, era completamente diferente. Totalmente diferente controlar o ICCN do que controlar um repasse direto, de bolsa, direto pela Caixa, enfim, tem que ter toda uma logística completamente diferente de tudo o que a gente já tinha feito até então. (E16)

O PBA consistia na concessão de benefício em dinheiro às famílias que: tivessem em sua composição ao menos um indivíduo na condição de gestante, nutriz e/ou criança de 6 meses a 6 anos e 11 meses de idade que apresentasse risco nutricional; e que possuísem renda per capita inferior a meio salário mínimo (à época o equivalente a R\$ 90,00) (BRASIL, 2001). Assim, os critérios de elegibilidade ao programa eram renda e risco nutricional, critério socioeconômico e critério biológico.

⁶³ Apelido dado aos filiados ao PSDB em alusão ao mascote do partido.

A participação dos municípios no PBA não era obrigatória, ocorria por meio de adesão. Só poderiam aderir aqueles que estivessem habilitados em alguma das condições de gestão estabelecidas pelo SUS. A adesão deveria ser aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e homologada pelo Ministério da Saúde. Assim, o PBA substituiu o PCCN gradativamente, à medida em que ocorreu a adesão dos municípios. Cabia aos municípios coordenar o processo de seleção, inscrição, renovação e desligamento dos beneficiários, além da garantia das ações básicas de saúde aos mesmos (BRASIL, 2001).

Na portaria que estabeleceu as instruções para implantação e funcionamento do PBA nos municípios, definiu em seu Artigo 5º, que trata sobre as condições para o município aderir ao programa, que era necessário “indicar um responsável técnico, profissional de saúde, para assumir a coordenação municipal do Programa Bolsa-Alimentação, sendo recomendada a indicação de um profissional nutricionista” (BRASIL, 2001). Ao questionar a entrevistada E9 se essa recomendação teve relação com a pressão das entidades da categoria que ela havia relatado anteriormente, sua resposta leva a crer que sim.

E aí era isso, assim, era um embate com a categoria. A categoria vinha na nossa cola. Então a gente fez alguns mecanismos para... E depois a gente mostrou que tinha nutricionista no Bolsa Alimentação, que a Nutrição conseguiu se encaixar super bem, que aumentou nutricionista. Aí acabaram os problemas (risos). (E9)

Segundo Lessa et al (2003), em junho de 2003 cerca de 15% dos Coordenadores Municipais do PBA eram nutricionistas, a maioria (58%) eram enfermeiros. As autoras concluem que, comparando ao programa anterior, houve aumento do número de nutricionistas na coordenação municipal do PBA, mesmo que a participação desse profissional ainda fosse considerada tímida.

O pagamento do benefício era efetuado por meio de cartão magnético específico do programa e sua titularidade era da mulher, seja gestante, nutriz ou mãe de criança beneficiária, e, no caso de sua ausência ou impedimento, o pai ou responsável legal. O benefício era repassado à família desde que a mesma cumprisse a agenda de compromissos que incluía sua participação em ações básicas de saúde, com enfoques predominantemente preventivos, tais como pré-natal, vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno e atividades educativas em saúde (BRASIL, 2001).

A “Bolsa-Alimentação” tinha duração de seis meses, podendo ser renovada por períodos iguais, desde que a família permanecesse na situação socioeconômica de pobreza e o responsável pelo recebimento do benefício cumprisse a agenda de compromissos do programa (BRASIL, 2001).

Foram estabelecidas grandes metas para o PBA. Estimava-se que até 2003 o programa atendesse diretamente a 3,58 milhões de beneficiários, dos quais 2,77 milhões seriam crianças com idade entre 6 meses e 6 anos e onze 11 de idade e 803,0 mil mulheres gestantes e nutrizas (BRASIL, 2001). Diante de tamanha ousadia, a Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) recebeu todo o aporte de recursos necessários para colocar na rua o novo programa, conforme apontam as entrevistadas nas falas abaixo.

E foi aí que nós então começamos a montar a CGPAN [...] a gente foi expandindo, trabalhando loucamente, expandimos a equipe, nós chegamos a ter quase 180 pessoas, daqueles nossos pouquinhos ali, no finalzinho do corredor, para montar toda uma operação que era completamente diferente de tudo o que a gente já tinha feito, porque tinha o cadastro, tinha transferência para a Caixa, tinha os famosos CDs, que a gente tinha que gerar com o número do beneficiário, que tinha que passar para a Caixa, a Caixa tinha que fazer o pagamento. Tinha todo o controle depois, todo o apoio para nós, que era fundamental, o apoio àquela mulher, para que ela tivesse mais informação, material que a gente solicitava, era um trabalho grande dos agentes, de orientação dessas mães, mas eles precisavam de muita estrutura, muito material, muita capacitação para que eles pudessem melhor informar essas mães. E foi aí que a gente começou a produzir outros materiais de uma natureza um pouquinho diferente, que já atendia outra demanda, como, por exemplo, os alimentos regionais brasileiros, que foi um lindo trabalho da equipe. Bom, ao mesmo tempo, a gente tinha que reforçar o SISVAN, porque o SISVAN existia desde sempre, mas estava mais importante ainda, porque a gente tinha um componente nutricional, que a gente não queria... essa era a nossa ideia, né? Esse era o nosso conceito. (E16)

Nosso espaço ficou, que eu me recorde, dali a gente foi para o espaço da Asa Norte, que é na 712 Norte, né? Num edifício, aí sim foi praticamente um andar inteiro para toda a equipe. Tinha uma equipe de informática grande, foi criada essa equipe de informática para dar conta dos programas. O SISVAN já existia, o SISVAN também já existia, então houve um movimento de expansão do SISVAN por conta do programa Bolsa Alimentação, por conta da condicionalidade. Então, assim, criou-se um movimento realmente de fortalecimento de algumas frentes com o Bolsa Alimentação, com a PNAN, a gente levando a PNAN para os estados e municípios, o estabelecimento de alguns recursos. Então realmente foi uma expansão bem relevante. (E2)

E o outro pedido dela foi a equipe, né? Porque não tinha condição de operar um programa daquele tamanho com a equipe que ela tinha, com a estrutura que ela tinha. Então eu lembro que na hora que o secretário executivo falou para a gente: “pode trazer uma proposta”, viramos a noite, ela virou e no outro dia a proposta estava pronta. De qual era a estrutura. E era muito legal na época, porque o secretário executivo, de fato, o que ele prometeu fazer, ele fez. Mas também ele cobrou na mesma moeda com a gente. Então, assim, ele falou: “em três meses eu

entrego para vocês isso, mas em um ano vocês vão me entregar x mil ou x...”, não me lembro quanto, “famílias” [...] “em três meses a gente vai... até julho”, ainda falou assim, “até julho a gente vai entregar para vocês aqui”, aí eu não acreditei, né, que ia entregar equipe, que ele ia resolver os problemas do DATASUS que a gente tinha, que ele ia entregar a estrutura, entregar computador, etc. e tal, mas de fato a gente vai para o prédio da Asa Norte, e com uma mega estrutura, tudo novinho, né? E a gente teve que fazer seleção de todo mundo. E eu estava no processo de seleção, na banca de seleção, e espalhar para o... chamar todo mundo, etc. e tal, é muito interessante essa trajetória, assim. E aí formamos uma banca. E aí um aprendizado também, tinha gente com doutorado que eu achei que ia brilhar e foram péssimas pessoas. E, ao mesmo tempo, pessoas que eu achava, achava que não... É, e você fica assim: “não, não sei o que”, poxa, e quando entraram deram um show. Então, assim, é aí que você vai entendendo também, né? Que nem sempre é habilidade, competência, mas a motivação tem tudo a ver, né? Mas, no geral, a equipe que entrou, entrou com o sangue nos olhos, né? Sabia que ia ter que viajar muito, sabia que era para implantar um programa em alta velocidade, e foi uma equipe que a gente ficou 3 anos viajando o tempo todo. (E9)

Com o novo status a ATAN passou à Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN). Em relação ao quadro de pessoal, a ATAN apresentava, em janeiro de 2000, um grupo composto por cerca de 15 técnicos. Ao final de 2002 tinha 60 profissionais. Seu orçamento passou de R\$169.603,466 milhões em 2001 para R\$ 472.600.000,00 milhões em 2002, sendo que destes, R\$ 300 milhões foram destinados ao Programa Bolsa Alimentação (BRASIL, 2002)⁶⁴. A título de comparação, verificou-se que os recursos da ATAN em 1998 foram de R\$ 36.446.938,00 milhões de reais, totalmente destinados ao repasse do PCCN aos municípios (BRASIL, 2002).

Este aumento de equipe técnica, de orçamento e de infraestrutura para o trabalho permitiu à CGPAN ampliar seu escopo de ações e produções técnicas. Este trabalho não se dedicou a análise destas questões, por isso cabe sinalizar a necessidade de estudos acerca dos programas, ações, normativas e orientações produzidas pela ATAN/CGPAN para além do ICCN e PBA, especialmente para compreender as concepções que estavam presentes em suas elaborações e conhecer suas possíveis repercussões sobre as práticas de gestores e profissionais nos serviços de atenção à saúde.

Após cerca de 50 anos de práticas de distribuição de alimentos, definidos inicialmente por agências internacionais, tendo como pano de fundo questões de ordem econômica, e posteriormente definidos de forma centralizada com base em parâmetros nutricionais que estabeleciam o que as famílias deveriam comer, o PBA marca uma virada de concepção ao dar autonomia às famílias para decidirem sobre o melhor uso do benefício financeiro frente as suas necessidades.

⁶⁴ Registre-se que até o final da realização deste estudo a área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde não teve mais um orçamento como esse.

Ao lado desta “mudança de paradigma na intervenção governamental no campo da alimentação e nutrição”, como chamam Leão e Castro (2007, p.526), as condições para manter o recebimento do benefício continuam guardando semelhanças com aquelas estipuladas por Ivan Beghin e o grupo de Nelson Chaves no Programa de Suplementação Alimentar Supervisada (PSAS) no início da década de 1970: a obrigatoriedade da frequência aos serviços de saúde e a participação em determinadas ações.

Se o estabelecimento deste tipo de condicionalidade para recebimento de um suplemento alimentar fazia sentido, talvez, num período em que a garantia de direitos sociais à população não era reconhecida como dever do Estado brasileiro, será que ainda caberia sua reprodução no Estado Democrático de Direito estabelecido (ou ao menos almejado) a partir da Constituição de 1988? Caberia uma obrigatoriedade de frequência a uma unidade básica de saúde para realizar determinadas ações no momento em que se buscava ampliar o acesso a esses serviços para garantia do direito à saúde? Ser beneficiário de um programa como esse contribui positivamente na garantia do acesso ao serviço de saúde? Ou o acompanhamento das condicionalidades torna-se apenas uma prática burocrática para os profissionais de saúde e para os beneficiários? Realmente para que servem e a quem servem as condicionalidades de um programa de transferência de renda? Talvez a sequência da análise da trajetória mostre mais elementos que contribuam para essa reflexão.

3.1.5 Demarcação de território institucional no governo Lula

O governo Lula, assim como seus antecessores, promoveu a organização de um novo arranjo institucional dos órgãos do Poder Executivo Federal para operacionalizar seu plano de gestão. Trataremos aqui apenas dos novos arranjos que repercutiram sobre a CGPAN, especialmente aqueles empreendidos nos anos de 2003-2004.

É importante mencionar que se tratou da primeira gestão do Partido dos Trabalhadores (PT) na presidência do Brasil, o que acarretou grandes mudanças. O fato de o combate à fome ser apresentado como carro-chefe do novo governo não tornou as coisas mais fáceis para a área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde. Afinal, ela havia se estruturado no governo do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), dando ao seu candidato nas eleições de 2002, querendo ou não, um programa de campanha eleitoral, o Bolsa-Alimentação.

Com a eleição do PT, Denise Coitinho deixa de ser a coordenadora-geral da Política de Alimentação e Nutrição. Elisabetta Recine⁶⁵ assume a coordenação durante os primeiros meses do novo governo e, em seguida, é substituída por Maria de Fátima Carvalho⁶⁶, que permanece na condição de coordenadora da CGPAN até meados de 2005, quando ocorre a troca do Ministro da Saúde.

Segundo as pessoas entrevistadas, os desafios no início do governo Lula ocorreram tanto na nova arena institucional formada para a agenda da Segurança Alimentar e Nutricional, quanto no âmbito do Ministério da Saúde. Ao mesmo tempo em que existia uma expectativa positiva devido ao tema prioritário do novo governo ser relacionado à agenda da CGPAN, também existia a tensão da descontinuidade ou destruição do que se havia construído em um governo de outra legenda partidária.

Essa transição do Fernando Henrique para o Lula foi uma transição por um certo aspecto muito interessante, porque, quer dizer, foi inevitável que todo mundo pensasse, tipo, finalmente essa agenda tem um status que ela deveria ter. Mas, por outro, tem duas questões do lado B dessa história: uma questão é que como essa troca de governo teve muitos significados do ponto de vista político, da mudança do eixo político de quem iria articular governo, tem essa mudança profunda de agenda, etc., vem para dentro da máquina pública um conjunto de pessoas que foram colocadas numa situação de gestão que, na verdade, não entendiam praticamente nada do que é realmente política pública e como ela se faz. E muito também com um sentimento de que nada que acontecia era bom. Então apesar, por exemplo, de eu não ser uma pessoa alinhada às posições políticas do Fernando Henrique, apesar de ter trabalhado no governo do PSDB, sou absolutamente de outra estrada ideológica, eu tive que lidar muito com as pessoas de falar assim: uma coisa é uma coisa, outra coisa é outra coisa. Não dá para jogar tudo para fora da janela. As interlocuções iniciais com a equipe que vem com o Graziano para implementar o Fome Zero eram reuniões absolutamente aterrorizadoras. Por um lado, pelos interlocutores não terem a mínima ideia do que acontecia e como acontecia, o que poderia e deveria ser mudado, e o que deveria ser mantido. Então era muita tensão mesmo. (E12)

No rearranjo institucional do Ministério da Saúde no início do Governo Lula, ainda em 2003, foi extinta a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), onde a área de Alimentação e Nutrição estava alocada desde 1998. A Secretaria de Assistência à Saúde foi transformada em Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) passando a incluir departamentos, coordenações e áreas

⁶⁵ Nutricionista formada pela Universidade de São Paulo (1982), com mestrado em Ciências, na área de Fisiologia Humana (1988), e doutorado em Saúde Pública (1999), ambos pela USP, onde estudou com Denise Coitinho. Trabalhou na Universidade de Brasília (UnB) no Programa Estudos da Fome, desenvolvido em convênio com o INAN (1988-1989). Docente da Universidade de Brasília desde 1994, foi cedida ao Ministério da Saúde para trabalhar na CGPAN entre set/2001 e jul/2003. Criou o OPSAN-UnB em 2003 junto com Denise Coitinho, que presta assessoria técnica à CGPAN/CGAN desde então.

⁶⁶ Nutricionista graduada pela UnB (1986), com mestrado em Nutrição Humana (1995) e especialização em Saúde Coletiva (área de concentração: epidemiologia) também pela UnB (1996). Foi coordenadora do Programa de Suplementação Alimentar (PSA) do INAN entre 1986 e 1989, por onde acompanhou o Grupo Estudos da Fome da UnB, logo, em possível colaboração junto a Denise Coitinho e Elisabetta Recine.

técnicas que antes estavam na SPS. Nesse processo, o DAB passou para a SAS e a CGPAN tornou-se uma das coordenações que compõem este Departamento (BRASIL, 2003).

Lembremos que antes, apesar de estarem na mesma secretaria (a SPS), a CGPAN não era subordinada ao DAB, era uma coordenação que respondia diretamente ao Secretário de Políticas de Saúde (então João Yunes) e que depois não precisou nem mais responder ao novo Secretário, pois conquistou uma ligação direta com o Ministro da Saúde e o Secretário Executivo do Ministério devido ao Programa Bolsa-Alimentação.

Uma das entrevistadas menciona a tensão dessa mudança e indica que a primeira proposta no rearranjo institucional foi tornar a CGPAN uma área da Coordenação de Gestão da Atenção Básica (CGGAB):

E eu lembro que foi muito tenso, assim, para além do Bolsa Alimentação, eu lembro quando veio a equipe de transição, na época, não se entendia muito o papel da CGPAN e a ideia no primeiro desenho [era] que a CGPAN virasse uma equipe dentro da CGGAB, vinculada à atenção básica, e eu lembro que a gente foi para uma reunião no auditório do Ministério da Saúde, que a [então coordenadora da CGPAN] teve que levantar e bateu na mesa, falou assim: “Calma aí. A CGPAN é muito mais que uma equipe vinculada à gestão da atenção básica. A CGPAN tem uma história. Tem um conjunto de ações, de compromissos”. Quer dizer, não dá para... isso eu lembro, porque a gente acompanhava, ficava até com receio, que a CGPAN era vinculada direto ao secretário da SPS. De repente, ficar subordinada a uma coordenação dentro do Departamento de Atenção Básica era bem complicado. Eu lembro dessa cena da [coordenadora], sabe? Lembro até o nome da pessoa da CGGAB. Foi tão traumática essa transição, mas eu acho que foi bem, assim, acho que as pessoas compreenderam o papel da CGPAN na época. (E7)⁶⁷

Identificamos que as demais áreas técnicas da SPS ficaram vinculadas ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)⁶⁸ da SAS, enquanto a CGPAN ficou no DAB. Sobre uma possível justificativa para essa definição, os entrevistados indicam que foi devido à aproximação já existente da CGPAN com a Atenção Básica, sendo algo “natural” que ficasse no DAB. Ao mesmo tempo, não houve nenhum movimento do DAPES para agregar a CGPAN, conforme indica uma das entrevistadas:

Eu acho que tinha essa definição, dessa proximidade, e da intervenção mesmo da atenção básica, né? Em que pese toda a transversalidade que nós tínhamos com o DAPES, né? Eu acho que eram coordenações que tinham mais visibilidade, na época, dentro do ministério, e esse rearranjo do DAPES foi uma questão que foi bem discutida. **Eu insisto, a gente tinha uma posição, eu e Sola, de que a gente entendia que era muito importante a alimentação e nutrição ficar no departamento e eu não sentia a época, de quem estava no DAPES, um movimento de levar para lá. Não era essa a perspectiva, né? A amplitude da alimentação e nutrição transversalizava muito mais as políticas que foram para**

⁶⁷ Substituímos o nome citado pela entrevistada

⁶⁸ Áreas Técnicas de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde do Adolescente e Jovem, Saúde Mental.

o DAPES, do que o contrário, do que se tivesse ido como uma política da alimentação e nutrição. Nesse momento de DAPES, não me lembro de ter havido nenhum tensionamento. Teve sim, um pouco, com a SVS, por conta desse viés da vigilância, então tudo o que fosse vigilância, vamos levar para a SVS. Mas aí acho que terminamos encontrando um bom termo. Não me lembro do DAPES, que tenha havido nada assim, pelo menos não me marcou, não estou me recordando bem dessa discussão, acho que não foi uma coisa que tenha sido forte, né? (E17, grifos nossos)

No entanto, surgiu de outra nova secretaria do Ministério da Saúde o interesse pela incorporação de parte da agenda da CGPAN: a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

Criada também em 2003, a SVS incorporou, além da vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, as vigilâncias em saúde ambiental, saúde do trabalhador, das doenças e agravos não transmissíveis, análise de situação de saúde e a promoção da saúde, assumindo a competência pela formulação de políticas, o aprimoramento e a elaboração de sistemas de informação dessas áreas. Foi nesse movimento, por exemplo, que as áreas de controle de tuberculose e hanseníase migraram do DAB para a SVS. Mas a coordenação das doenças crônicas, diabetes e hipertensão permaneceu no DAB com a gestão do então Programa HiperDia.

Na SVS, sob gestão de Jarbas Barbosa, foi criada a Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT) cuja principal missão consistia na criação e implantação da vigilância destes em todas as esferas do sistema de saúde. De acordo com Malta *et al.* (2006), a realização do III Fórum Global da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Prevenção e Controle de Doenças e Agravos Não Transmissíveis na cidade do Rio de Janeiro, em novembro de 2003, potencializou o processo de construção dessa vigilância.

Desde 2002, a OMS vinha insistindo na possibilidade de melhorar a saúde pública, adotando medidas para reduzir a prevalência dos fatores de risco das DANT, em especial a combinação da alimentação pouco saudável com a falta de atividade física. Um dos alicerces da atuação nesse sentido é a vigilância integrada dos principais fatores de risco modificáveis e comuns à maioria das doenças crônicas, entre eles a alimentação. Esse movimento da OMS levou ao lançamento, em 2004, da Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde.

Foi nesse contexto que a CGDANT/SVS quis assumir parte da agenda da CGPAN: a vigilância alimentar e nutricional e a promoção da alimentação saudável. De acordo com informações de algumas entrevistas, na época, parte da SVS funcionava no mesmo prédio onde funcionava a CGPAN. Segundo a entrevistada E10, houve uma briga interna, conhecida por poucos, para não “deceparem” a PNAN.

E, por um movimento de articulação com a estratégia, porque eles estavam com a estratégia global lá, a proposta que me chegou... e aí foi uma briga, assim, que não vazou, porque foi uma briga de bastidores, **tanto a doutora Afra, quanto o doutor Solla, que era o Secretário de Atenção à Saúde à época, me apoiaram nessa luta**, era que a proposta era: a gente vai levar Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e Promoção da Alimentação Saudável para a SVS. Eu falei: “não vai, ou vai a política toda, ou não vai nada”. Isso foi uma coisa interna, assim, poucas pessoas ficaram sabendo, né? Até porque era um gigante que estava do outro lado, né? Um gigante em termos de reconhecimento internacional, técnico e tal. E que foi uma articulação, na minha visão, de pessoas que já tinham passado pelo ministério, então para ganhar... como é que fala? Visibilidade internacional, sabe? Então foi um momento bem difícil, mas aí foi com a equipe que sabia falar, ia para o embate: ou a cabeça vai rolar... agora, eu vou brigar: “quer levar a política? Vamos levar a política. Agora, com outra diretriz, não. Vai decepar a política e aí a política fica como?”, né? Então antes disso teve o embate interno. Aí a gente conseguiu, com esse reforço, manter a política (E10, grifos nossos).

O apoio do secretário de Atenção à Saúde, à época Jorge Solla, bem como da diretora do DAB, Afra Suassuna, é também citado pela entrevistada E17 como fator importante para manutenção da CGPAN na SAS e vinculada ao DAB:

Eu me lembro vagamente, porque, assim, a posição do nosso secretário então, Jorge Solla, era de que alimentação e nutrição deveriam ficar na atenção básica, né? Em que pese todo o sistema de vigilância nutricional e tal, que teria a ver e tem a ver com a vigilância em saúde, Solla foi uma pessoa bem importante nesse momento e eu concordava que ficasse mesmo na atenção básica, né? **Nós entendíamos que era mais adequado, à época, por todo o conjunto de ações que a CPGAN fazia, que deveria ficar lá no DAB e, no fim das contas, ficou. Muito também porque na época já se discutia a questão do Fome Zero, e já se vislumbrava uma mudança nos benefícios, vamos dizer, à população.** Então eu acho que, realmente, foi uma medida que terminou sendo acertada. Nós tivemos uma capacidade de articulação muito grande, né? A experiência, com certeza, de Beta, de Fátima, das pessoas que estavam à frente da coordenação, na época, foi determinante, eu acho, para o sucesso dessa negociação do Bolsa Família. Hoje pela manhã eu estava me lembrando disso, claro que fazem muitos anos, já se vão aí 15 anos, mas foi um processo... houve esse tensionamento, mas não foi nada, assim, que causasse grandes traumas, pelo menos para mim não ficou marcado assim. **Mas disso eu recordei muito bem, da importância da posição do secretário à época, que nós entendíamos que era importante, pelas ações desenvolvidas, ficar junto à atenção básica e o papel fundamental que a coordenação teve na discussão e nos caminhos que o Bolsa Família terminou tomando, né? Dentro do Fome Zero. Muito trabalho, muita reunião também, muita discussão. Havia um receio de que as ações de vigilância nutricional se perderiam no mundo do Bolsa Família, mas eu acho que a gente conseguiu determinar a importância da alimentação e nutrição no escopo dos benefícios.** No fim das contas, não só os benefícios... as transferências de renda para a população, mas, com certeza, os resultados do Bolsa Família são estrondosos, só não vê quem não quer. (E17, grifos nossos)

A fala acima sugere que manter a CGPAN vinculada ao DAB/SAS não se tratou de algo “natural”, mas de uma medida intencional do secretário Jorge Solla, com apoio da diretora Afra Suassuna, relacionada ao processo de construção do Programa Bolsa Família (PBF).

De acordo com Monteiro (2011), havia naquele momento no Governo Federal uma competição entre o novo Ministério Extraordinário de Combate à Fome (MESA) e os Ministérios da Educação e da Saúde em virtude do processo de discussão sobre a unificação de todos os programas de transferência de renda existentes em favor de uma maior racionalidade de gestão e da ampliação com qualidade do atendimento. Esses ministérios operavam respectivamente os programas Cartão Alimentação, Bolsa Escola e Bolsa-Alimentação. Frente à ameaça da extinção de seus programas, surge o temor da perda de poder e de atribuições, levando os ministérios a competirem entre si para fazer predominar a marca do seu próprio programa e de sua forma de atuação e de gestão.

Assim, para o Ministério da Saúde, havia a ameaça de grandes perdas, não só em termos de orçamento, uma vez que o Programa Bolsa-Alimentação já mobilizava anualmente 300 milhões de reais, mas de ficar de fora do que viria a ser o maior programa social do governo Lula. Nessa conjuntura, defender a permanência da CGPAN no DAB/SAS fazia parte da defesa de interesses do Ministério da Saúde em manter poder e atribuições no novo programa do governo Lula.

O que as entrevistas nos sugerem é que o papel da CGPAN no Programa Bolsa Família é que deu sustentabilidade institucional para a área durante o governo Lula, conforme explicaremos a seguir.

Segundo uma das entrevistadas que acompanhou o período de transição de governo, no início do governo Lula, o Ministério da Saúde tornou-se um “ambiente hostil” não só para a área de Alimentação e Nutrição, mas para outras:

Cara, esse negócio foi pânico e terror. [...] Assim, primeiro, tem ondas que chegam como tsunami e a única coisa que você tem que fazer nessa hora é relaxar seu corpo e deixar a água te levar para ver onde você vai chegar, e depois você organiza a sua vida. Então acho que tem essa característica. Acho que existiu, não só para nossa área, mas para o ministério como um todo, existiu um processo de que “nós chegamos aqui, nós somos os legítimos defensores da Reforma Sanitária e nós vamos reorganizar esse Ministério para ele cumprir o seu papel em relação a isso. E entendemos que as coisas têm que ficar nessas caixas”. [...] Eu identifico esses seis meses que fiquei lá dentro com a equipe do Ministério, era nitidamente uma equipe que desvalorizava a área de Alimentação e Nutrição, e mais do que desvalorizava: não tinha a menor disponibilidade para compreendê-la. Tinha uma avaliação extremamente preconceituosa de tudo que a área fazia ou tinha feito até então, no sentido de que era grande demais, tem muita gente. Tinha todos os preconceitos possíveis de todas as naturezas políticas, etc. E também tinha uma falta de disponibilidade para perceber o papel que a área tinha dentro da questão da saúde mesmo. Então eram diálogos muito difíceis, muito complexos (E12)

A entrevistada E17 também sinaliza dificuldades no início da gestão petista do Ministério da Saúde que repercutiram sobre a CGPAN, mas indica que as coisas melhoraram depois que o Programa Bolsa Família engrenou:

Eu acho que sim, principalmente dentro do Governo Lula, né? Tinha algumas questões, vamos dizer, político-partidárias, era uma coordenação que era muito estruturada já, e que tinha profissionais com uma história dentro da coordenação e que, em alguns momentos, podem ter sido vistos... vamos dizer, essa fortaleza da coordenação e a essa certeza da coordenação, de que precisava brigar pelas condicionalidades e pela segurança alimentar e nutricional, podia ser visto até como uma coisa assim: “ah não, foi gente que veio do outro governo”, né? Mas eu tinha vindo também, eu entrei no ministério na gestão do ministro Serra, eu e várias outras pessoas, né? Então, assim, a gente tinha que deixar muito claro que era uma questão política sim, mas não era uma questão partidária e que a gente precisava, na verdade, era zelar pela segurança alimentar e nutricional. **Então houve sim algumas desconfianças, não foram superadas rapidamente, mas, com certeza, foram, e isso, sem dúvida nenhuma, deu uma alavancada, eu acho, nesse reconhecimento no papel da coordenação.** Eu acho que o respeito que a coordenação que através de, volto a dizer, Beta, Fátima, de toda a equipe, eu acho que conseguiu fortalecer mesmo a coordenação. **E aí a gente entende, depois de começar o Bolsa Família mesmo, quando as coisas engrenaram, deu mais tempo da gente se voltar para outras questões importantes também da alimentação e nutrição,** porque, possivelmente, o ano de 2003 a gente ficou voltada para isso, né? Foi muito trabalho, foram muitas reuniões, foram muitas tentativas e erros até a gente conseguir encontrar, assim, o caminho dessa informatização para alimentação e nutrição (E17, grifos nossos)

A centralidade do combate à fome, anunciada desde a campanha eleitoral, levou à criação do Ministério Extraordinário de Combate à Fome (MESA) em janeiro de 2003, responsável pelo Programa Fome Zero. O MESA existiu apenas por um ano e foi dirigido por José Graziano. Em 2004, foi criado o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) que agregou a gestão das políticas públicas das áreas de Assistência Social e de Segurança Alimentar e Nutricional.

Um grande embate no primeiro ano do governo Lula ocorreu em torno do modelo de programa de transferência de renda para o combate à fome a ser implementado. De um lado, José Graziano e seu grupo defendiam o modelo de “Cartão Alimentação”, que restringia o uso do recurso pelas famílias beneficiárias exclusivamente para a compra de alimentos, modelo do “*Food Stamp*” norte-americano. De outro, havia os que defendiam a unificação de todos os programas de transferência de renda existentes para potencializar o combate à pobreza com autonomia das famílias beneficiárias sobre a decisão dos gastos (MONTEIRO, 2011).

Para a equipe da CGPAN, o modelo defendido por Graziano era um retrocesso.

[...] mas aí quando entrou o governo Lula, aí houve toda uma discussão, como você falou, a criação do MESA, e o próprio MESA não tinha, se fosse pensar mesmo o projeto grande que era do Fome Zero, eles se amparavam muito mais naqueles

programas já existentes, mas tentando sistematizar e organizar de uma forma central, mas o próprio MESA era muito desarticulado internamente e, principalmente, com relação aos outros ministérios. Então, as discussões começaram sem ter um plano mesmo assim, tanto que uma das primeiras ideias que surgiram foi de trazer um programa que era uma ideia, de fazer tipo *Food Stamp*, que, nos Estados Unidos, era como se fossem cupons. E, assim, para nós era particularmente triste, assim, no sentido de que o governo que estava vindo com toda a coisa do Fome Zero, com toda essa perspectiva social, mas trazia um programa que se amparava no preconceito contra a escolha da população mais pobre (E6).

Nesse contexto, ao se posicionar do lado contrário ao Cartão Alimentação, a CGPAN teve que lidar com os novos desafios institucionais que a proposta de unificação de todos os programas de transferência de renda traria, pois implicava na extinção do Bolsa-Alimentação, o programa que promoveu a ascensão da área técnica.

No Relatório de Gestão 2003 da CGPAN, consta que a equipe da coordenação participou sistematicamente das reuniões do GT formado pela Casa Civil para a unificação dos programas do Governo Federal de transferência direta de renda (Bolsa-Alimentação, Bolsa Escola, Auxílio-Gás e Cartão Alimentação), entre junho e outubro daquele ano. A equipe fez uma avaliação positiva de sua participação nesse processo, conforme destaca no relatório:

A participação da equipe foi essencial, na medida em que contribuiu para o desenho do novo programa, tendo em vista a experiência acumulada na concepção, implantação, operacionalização e avaliação do Programa Bolsa-Alimentação, além da elaboração dos instrumentos necessários para garantir a troca de informações *online* com os três níveis de gestão do SUS, garantindo a autonomia dos níveis municipais e estaduais em todo o processo (BRASIL, 2004b, p. 39).

Ainda no relatório, apontam que o objetivo da participação da equipe no GT foi concretizado, pois várias demandas foram incluídas na concepção do novo programa:

Garantir a permanência de todas as famílias já beneficiadas pelos programas. Ou seja, as famílias que já recebiam Bolsa-Alimentação não foram prejudicadas; Garantir a entrada das famílias do Bolsa-Alimentação o mais rápido possível, de forma que as famílias dentro dos critérios de extrema pobreza pudessem receber também o piso fixo (acréscimo de R\$ 50,00/mês); Garantir o piso variável para as famílias que tenham crianças até 6 anos e gestantes; **Assegurar todas as ações constantes da agenda de compromissos definida pela Saúde no Bolsa-Alimentação (pré-natal, imunização infantil, vigilância nutricional e educação alimentar e nutricional), de forma a criar e manter o vínculo entre as famílias de baixa renda e o sistema de saúde local, promovendo a melhoria das condições de saúde das mesmas;** Garantir que a vigilância nutricional e a educação alimentar e nutricional fossem condicionalidades dos municípios e não das famílias; e, Garantir as estruturas operacionais de cada programa, localmente. Ou seja, com o programa unificado, o município terá que trabalhar de forma integrada entre as pastas (Saúde, Educação e Assistência Social), mas cada uma continuará com as atribuições anteriormente definidas para o acompanhamento das famílias beneficiadas (BRASIL, 2004b, p. 40, grifos nossos).

De acordo com alguns entrevistados, a argumentação técnica e a expertise da área com o desenvolvimento do Bolsa-Alimentação permitiram seu posicionamento, e algumas vitórias, na arena de construção do Programa Bolsa Família (PBF). Para tanto, a CGPAN também contou com apoio de “parceiros de longa data” no desenvolvimento de estudos e programas de alimentação e nutrição.

Nessas reuniões de transferência de renda, a gente teve algumas coisas que nos ajudaram. Primeiro, eu acho que existiu uma narrativa que era uma narrativa que não era artificial, que era legítima. Era a questão de que a dimensão da saúde, a dimensão da desnutrição ou da vulnerabilidade do público das crianças etc. precisava ser mantida enquanto dimensão para identificar, para monitorar, ela devia ser uma das referências do programa. Isso tem uma lógica óbvia, técnica e conceitual, que por mais que as pessoas fossem refratárias, ela tem uma consistência inegável até hoje - e infelizmente vai ter por muito tempo ainda. Então era uma questão de água mole em pedra dura para você diluir ou pelo menos minimizar o preconceito político do processo. Porque isso estava tudo muito misturado naquele momento. Tiveram muitas cenas em relação a isso. Outra coisa foi também que **algumas pessoas que participavam desse processo de discussão da unificação dos programas, e principalmente a Anna Peliano e a Nathalie Beghin⁶⁹, eram pessoas que tinham um histórico, que estavam no IPEA naquele momento, e tinham um histórico com essa história dos programas de alimentação e nutrição. E tinham absolutamente clareza da importância de se manter essas dimensões.** Então eu acho que até onde eu participei, porque teve um momento que eu saí, eu vejo essas duas coisas que desembocaram do desenho final do Bolsa Família, que é isso: **o argumento era consistente, então você tinha legitimidade para, independente de tudo que acontecesse, os preconceitos, etc., a gente tinha legitimidade para manter ele em pauta e realmente bancar isso. E, segundo, algumas pessoas também reforçavam, então não era uma coisa que só a saúde ou só a CGPAN naquele momento defendia. Tinham pessoas que compreendiam o que estava sendo falado e reverberavam isso** (E12, grifos nossos).

Aí vieram as discussões, que foram muitas discussões mesmo, com participação do IPEA, até outros órgãos externos, e quais eram os caminhos para se construir esse programa unificado. E, nesse sentido, a documentação que nós tínhamos do próprio Bolsa-Alimentação ajudou muito, de mostrar tanto que a lógica dos programas anteriores foi preservar, na verdade, se entrou num escopo maior, mas, assim, se você pegar as condicionalidades de saúde do Bolsa Família, hoje é uma replicação do que já havia sendo antes, só que o que muda é que você aumenta a quantidade de dinheiro para a família, então tem um valor básico e mais os adicionais que você pode ter para complementar, então isso deu uma lógica diferente. Foi também um processo meio desgastante, no sentido de que ele teve que quebrar muitas propostas, discutir muitas propostas e chegar ao que chegou, em termos de desenho, mas a partir de... usando a experiência prévia, porque havia, por parte de algumas pessoas na época, aquela ideia, inclusive, de que precisava reinventar tudo e não aproveitar

⁶⁹Anna Peliano foi coordenadora do Programa de Estudos da Fome da UNB (1987-1992), Diretora de Política Social do IPEA (1992-1994; e 2003-2007). Coordenadora da elaboração do Mapa da Fome que subsidiou o trabalho de Herbert de Souza, o Betinho, na Campanha Nacional contra a Fome (1993). Participou como membro da sociedade civil no CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar - (1993-1994). Foi secretária-executiva da Comunidade Solidária (1995-1998). Nathalie Beghin, filha de Ivan Beghin, atuou como assessora do presidente do INAN. Foi pesquisadora do Programa de Estudos da Fome, do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nesp), da UnB; e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) nas áreas de combate à fome e à pobreza, alimentação e nutrição, segurança alimentar e nutricional, desigualdade racial e ação social das empresas.

muito do que tinha anterior. A documentação que nós tínhamos que mostrava os impactos do programa e a forma de gestão que era adequada, que poderia ter aprimoramentos, é claro, mas que já deveria ser aproveitado isso [...] **Então, o conhecimento técnico que acabou prevalecendo, o que é ótimo, para quem trabalha no nível técnico. Então pode ter tido os pais, na época, pessoas que tomaram para si essa paternidade, maternidade, do programa, mas nós sabemos que muito desse conhecimento técnico, que foi produzido na saúde e na educação, ajudou muito a construir o que tem hoje** (E6, grifos nossos).

O PBF foi construído como um programa de transferência condicionada (ou condicional) de renda. Ou seja, as famílias beneficiárias têm que cumprir algumas responsabilidades junto ao poder público para manter o recebimento do recurso financeiro. O discurso institucional é de que o objetivo das condicionalidades do programa é garantir a oferta de ações e serviços básicos, e potencializar a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuir para a sua inclusão social.

Entre as responsabilidades das famílias beneficiárias do PBF estão as chamadas condicionalidades de saúde, que consistem em: realização do pré-natal pelas gestantes, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e vacinação das crianças. Junto às condicionalidades de saúde, o PBF também priorizou o grupo materno-infantil para a concessão das parcelas variáveis do benefício, concedidas às famílias que possuísem gestantes, nutrizes e crianças.

Dessa forma, a CGPAN conseguiu garantir “a parte que lhe cabe nesse latifúndio”, mantendo no PBF o foco no grupo materno-infantil, aquele considerado biológica e socialmente mais vulnerável e, portanto, prioritário para os programas de alimentação e nutrição desenvolvidos no Brasil em diferentes contextos, como visto ao longo da trajetória analisada neste estudo. Soma-se a isso a manutenção das mesmas condicionalidades do Programa Bolsa Alimentação. Assim, a herança de características dos programas de suplementação alimentar instituídos na década de 1970 se mantém presente.

Moraes e Machado (2017, p. 140) ao analisar as condicionalidades de saúde do PBF destacam que elas englobam ações que já deveriam ser garantidas a toda a população e questionam a sua pertinência no Brasil, uma vez que o sistema de saúde “já deveria assegurar acesso público e universal de toda população aos diversos níveis de atenção”.

Estas autoras endossam que, no caso brasileiro, “o mais relevante seria enfrentar as barreiras geográficas e organizacionais de acesso da população mais pobre aos serviços públicos de saúde, bem como melhorar a qualidade do cuidado ofertado em todos os níveis de atenção”. E indicam a falta de evidências sobre os efeitos positivos das condicionalidades de saúde no Brasil:

Contudo, estudos sobre as condicionalidades da saúde são escassos, não havendo evidências substantivas de seus efeitos positivos no caso brasileiro até o momento. Seria interessante analisar se a Estratégia Saúde da Família, articulada ao PBF, poderia ampliar o acesso à saúde das famílias beneficiárias. Outra questão a ser investigada seria se e como a atenção nos serviços de saúde poderia contribuir para melhorar as condições de vida dessas famílias (MORAES E MACHADO, 2017, p. 140)

Se há escassez de evidências sobre os efeitos positivos das condicionalidades de saúde na vida dos beneficiários do PBF, neste estudo foram encontradas evidências dos efeitos positivos destas condicionalidades para a sobrevivência da CGPAN.

Uma das entrevistadas se lembra das discussões e negociações entre diferentes áreas do Ministério da Saúde para operar o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF:

Olha, foi muita discussão com a saúde da criança, com a saúde da mulher, com o PNI. A gente trabalhou com esses setores todos, o PNI é ainda na SVS, mas com o DAPES era saúde da criança e saúde da mulher. Foi um processo... até a gente chegar a um ponto de equilíbrio, foi bem trabalhoso, mas, assim, realmente eu não me lembro dos detalhes das negociações, mas a gente trabalhou junto com todo mundo. Claro, tinha bastante preocupação aí nessa época já com Fátima, de que a questão da segurança alimentar e nutricional ficasse prejudicada, em função de todas as outras questões do Bolsa Família, né? Eu acho que a gente superou as divergências, a gente confluiu, não foi fácil não, eu estou falando aqui hoje, mas foi um processo longo, foi difícil, foi duro, mas muito pactuado, muito conversado. Muito trabalhoso também, até a gente chegar no que é que a gente achava que era fundamental de manter. E depois garantir que essas condicionalidades, de fato, fossem acompanhadas, porque você imagine que se tinha já um número importante de famílias cadastradas no Bolsa Alimentação, esse escopo aumentou enormemente, com a inclusão... o processo de cadastro foi muito difícil, muito boicotado também, as pessoas achavam que era puro assistencialismo, então, assim, tinha que preservar o que já tinha havido de ganho com o Bolsa-Alimentação e avançar. Então eu me lembro a situação do cadastro, as dificuldades enormes que tivemos nos primeiros momentos com os municípios. A criação das coordenações locais, estaduais, quer dizer, como isso se reproduziu depois nos estados, até chegar nos municípios, até chegar na ponta. A preocupação do Ministério de Desenvolvimento Social de não deixar de incluir aquelas pessoas que eram as mais vulneráveis e que sequer, muitas vezes, não estavam nem cadastradas no Saúde da Família, não eram área de cobertura. Isso é uma preocupação enorme da gente. Da gente, quando eu estou falando, é da gente mesmo, o DAB com a Coordenação de Alimentação e Nutrição, com a saúde da criança, com a saúde da mulher. (E17)

Com a criação do PBF, a CGPAN perdeu praticamente todo o seu orçamento⁷⁰. Mas tinha ainda uma equipe técnica robusta, inclusive equipe própria de informática, e expertise no gerenciamento das condicionalidades de saúde do Bolsa-Alimentação, condicionalidades

⁷⁰ Em 2002, o orçamento total da CGPAN foi de R\$ 472.600.000,00 (quatrocentos e setenta e dois milhões e seiscentos mil reais), sendo R\$ 300.000.000,00 (trezentos milhões) do Programa Bolsa-Alimentação. Em 2004, seu orçamento foi de aproximadamente R\$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais). Fontes: Relatório de Gestão da SPS 2000-2002 e Relatório de Gestão da CGPAN 2005.

que conseguiu manter no PBF. Com base nisso, a CGPAN conseguiu se tornar a área do Ministério da Saúde responsável pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde do maior programa social do governo Lula. Essa pode ser considerada mais uma proeza da equipe para garantir sua sustentabilidade institucional no Ministério da Saúde, conforme destaca a entrevistada E12:

[...] quando a gente vai ganhando no grupo de unificação dos programas de transferência de renda, a gente ganha a dimensão da saúde como uma questão importante no Bolsa Família, e a questão das condicionalidades ficam sob responsabilidade da CGPAN, aí os caras tiveram que dar uma engolida na gente. Exatamente, assim, porque, de repente: "quem é que vai cuidar desse pepino?". A gente sabia fazer isso, primeiro porque a gente tinha toda uma estrutura que vinha do Bolsa-Alimentação, a gente tinha toda uma estrutura que vinha das nossas idas e vindas do SISVAN. Então, assim, tipo: "estamos aqui, nós vamos fazer isso". **Então trazer isso para dentro da CGPAN foi estratégico também, porque aí você meio fala assim: "aqui ninguém pode mexer". Quem é que vai mexer com um setor que está cuidando de um dos programas estratégicos de um governo? Não vai.** [...] Mas, olhando de fora, eu acho que isso dá um certo nível de estabilidade com muitas aspas, onde essa agenda então vai sendo tocada e o restante da agenda vai conseguindo se reorganizar para ser tocada também. (E12, grifos nossos)

Ainda no contexto da busca pela sustentabilidade institucional no governo Lula, cabe mencionar outra proeza da CGPAN. Era preciso que o novo governo reconhecesse a PNAN como uma política importante na sua agenda de combate à fome. Nesse sentido, conseguiram a assinatura do Ministro da Saúde, Humberto Costa, na apresentação de uma segunda edição da PNAN, publicada em setembro de 2003.

Teve um fato interessante, que quando começou o governo do PT, a gente correu e republicou a PNAN. A PNAN tinha sido assinada pelo José Serra, sabe? Quando mudou o governo, nós não tínhamos o livrinho e a gente queria reforçar a PNAN no novo governo, no Lula, tal. Nós corremos e propusemos isso para o novo ministro, que era o Humberto Costa, que fizesse o prefácio. E ele topou fazer, sabe? Isso para nós foi a resposta que eles apoiavam a PNAN, né? Então, então eu não sei se o Humberto Costa percebeu o que estava fazendo ou não (risos), eu acho que a assessoria dele percebeu. Mas, assim, isso foi muito importante para poder as coisas continuarem, entendeu? Para dar um reforço político, para que a CGPAN continuasse. Mas, são detalhes que fazem a diferença, né? (E11).

Abaixo reproduzimos o texto da apresentação da PNAN assinado por Humberto Costa, no qual destacamos a vinculação dessa política ao projeto do governo Lula.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, atesta o compromisso do Ministério da Saúde com os males relacionados à escassez alimentar e à pobreza, sobretudo a desnutrição infantil e materna, bem assim com o complexo quadro dos excessos já configurado no Brasil pelas altas taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade, na população adulta. A partir de uma série de eventos participativos, pessoas, instituições governamentais e não governamentais que

atuam no campo da alimentação e nutrição foram ouvidas e consignaram suas contribuições para a formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). **Tal política, à parte de servir como marco conceitual de ação governamental, se reveste, atualmente, de especial importância frente à prioridade política governamental para o combate à fome. A firme decisão do Presidente da República em aprofundar a ação do Governo Federal na erradicação da fome requer de todos nós a reunião das nossas melhores iniciativas setoriais.** Sete são as diretrizes programáticas desta política, que tem como fio condutor o Direito Humano à Alimentação e a Segurança Alimentar e Nutricional. 1. Estímulo a ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos. 2. Garantia da segurança e qualidade dos alimentos. 3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional. 4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis. 5. Prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais. 6. Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação. 7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição. Cabe, ainda, nesta apresentação, rememorar ao caro leitor que a luta contra a fome no Brasil é bandeira política, histórica e antiga. Desde os idos dos anos 30 do século passado, o pernambucano, médico e cientista, Josué de Castro, já profetizava: “denunciei a fome como flagelo fabricado pelos homens contra outros homens”, no que queria deixar claro sua visão sobre a fome como fenômeno mais social e econômico que propriamente alimentar. **Esperamos, com a publicação de mais uma edição da Política Nacional de Alimentação e Nutrição contribuir com os debates sobre a luta contra a fome e a pobreza e para a construção de uma agenda política para a prevenção da obesidade e demais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, bem como se constituir na contribuição concreta do setor Saúde para a Política de Segurança Alimentar e Nutricional.** Brasília, setembro de 2003. Humberto Costa – Ministro de Estado da Saúde. (BRASIL, 2003, p.7).

A entrevistada E12, ao ser questionada sobre esse episódio, destaca a importância desse tipo de estratégia para a sobrevivência da área:

É interessante isso nessa história, Kelly. Durante todo esse tempo, desde que cheguei até hoje, eu vejo que, de um jeito ou de outro, às vezes mais vinculado, de uma maneira mais explícita partidariamente, etc., mas essas questões políticas sempre foram um dos elementos nessa nossa trajetória, da gente perceber... E isso tem várias expressões, algumas que me sinto bem confortáveis e outras nem tanto. Mas não importa. Eu acho que essas coisas que têm muita simbologia, porque na verdade a PNAN é lá de 1999 e nós estamos em 2003, entendeu? Que diabo... Era só colocar na gráfica. Não, a gente precisa colocar na gráfica, porque o cara precisa assinar. Porque bem ou mal, algum assessor dele vai ter que ler esse troço para colocar o nome dele lá. Então é isso, você ir procurando criar esses vínculos que façam com que pessoas estratégicas, setores estratégicos, percebam a existência primeiro e depois a importância, o papel etc. E isso sempre foi uma coisa assim, o manual de sobrevivência dos pequenos e contra-hegemônicos (E12).

Um outro informante-chave também destacou a necessidade de tornar a PNAN o “grande alicerce” para as ações da CGPAN nesse período.

[...] porque veio tudo junto, assim, a questão do DAB dentro da SAS, e veio a própria unificação dos programas de transferência de renda, que aí foi um tempo meio turbulento, porque a CGAN teve que se reinventar para justificar aquele tamanho de equipe diante desse novo cenário, porque não havia, para um programa da dimensão do Bolsa Alimentação, com a penetração que tinha, e com uma forma de gestão, se justificava, mas agora o que fazer [...] mas como justificar esse tamanho de equipe técnica agora nesse novo cenário? Que aí a PNAN voltou a ser

esse novo grande alicerce, que aí: “não, a gente vai organizar alguma coisa, principalmente baseado nas diretrizes”, aí que se criaram as equipes, incluindo a questão dos programas de micronutrientes, de promoção da alimentação saudável desde então, a própria vigilância alimentar entrou, todas essas equipes entraram como elementos desde aquela época. (E6)

A CGPAN seguiu durante os Governos Lula buscando se legitimar tanto internamente, no âmbito do Ministério da Saúde, quanto externamente, nas arenas intersetoriais da Segurança Alimentar e Nutricional, seja no recriado Consea ou na Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). Consea e CAISAN⁷¹ foram instituídos como instâncias do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) criado a partir de 2006, com a promulgação da Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, a chamada Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN (BRASIL, 2006a). A fala da entrevistada E5 apresenta alguns aspectos do contexto político nesse período:

E institucionalmente também, como uma estratégia institucional de se validar, de se validar no momento. Quando eu digo externo, porque você tinha criado o Ministério de Combate à Fome, você tinha segurança alimentar, a segurança alimentar querendo abarcar tudo. Um governo que estava, né, um governo que mudou de cor, mudou de tudo, mudou muito, e que tinha no Ministério da Saúde anterior um inimigo, porque era de partido contrário, que tinha disputado as eleições. Então, assim, era uma situação, assim, que você tinha que ter muita delicadeza para conduzir, porque, não que eu tenha sido delicada, nem acho que eu sou nem um pouco, nem sou. Mas, assim, de certa forma, você tinha um cenário que era um cenário, você tinha externamente um grupo que estava empoderado, do ponto de vista da política pública, que era a segurança alimentar, combate à fome, principalmente, mais do que a segurança alimentar, o combate à fome. E dentro do SUS que era uma estrutura frágil, uma estrutura que estava meio oscilando e, assim, e que era realmente, vamos dizer assim, oposta, oposta não em ideias, mas oposta naquele momento, eleitoralmente, a quem assumiu o poder, né? (E5)

Uma outra entrevistada menciona o sentimento ambíguo de alegria pelo crescimento institucional da Segurança Alimentar e Nutricional e de tensão sobre qual seria o papel da PNAN nesse novo contexto, tão diferente daquele quando foi construída em 1999.

A PNAN carrega uma missão histórica de um monte de coisas. Mas, ao mesmo tempo, a PNAN também é da Saúde. E eu via muito menos isso, assim. Eu via muito mais a PNAN como algo supra do que interno, né? Então, assim, só que, ao mesmo tempo, gerava um grande desconforto, porque a gente precisava tornar a PNAN mais orgânica à saúde. Para mim, aquilo era uma coisa muito desconfortável, porque nos fóruns internos falar da PNAN era muito mais difícil do que falar nos fóruns externos. Então eu enxergava, assim, do ponto de vista da inserção... deixa eu só completar o raciocínio para poder voltar no que você me perguntou. Que a PNAN antiga, ela tinha como porta-estandarte a segurança alimentar e nutricional, direito

⁷¹ O Ministério da Saúde é membro do CONSEA e da CAISAN, sendo seu representante titular o Ministro da Saúde e suplente o Coordenador Geral de Alimentação e Nutrição.

humano. Eu não entendia muito bem por quê. Depois eu fui entender que era o lócus institucional que o grupo depositou a missão de não deixar o tema sair de pauta. Estava pegando fogo, acabou tudo, alguém tinha que segurar aquela tocha. E foi a área que tinha, que era a SAN na época, né? Então a PNAN ficou com aquela missão. E o momento em que o Consea aparece..., eu não conseguia compreender [...] A gente tinha que passar para o Consea aquela atribuição. Mas, ao mesmo tempo, existia um apego muito grande naquilo. Só que não era da Saúde, ela tinha... então existia uma certa tensão ali. **Eu acho que tinha um desejo de tornar aquilo intersetorial, mas, ao mesmo tempo, tinha uma relação muito imbricada ali de: “será que não é nosso mesmo?”, sabe? Será que a gente tem que passar? E, o que fica com a gente, né? [...] E a outra coisa era o medo de entregar aquilo e dizer: “ok, e a PNAN então o que fará?”** Assim, assumir que a PNAN seria só fazer tratamento terapêutico dentro do SUS, que era o que, de certa forma, as pessoas em geral demandam para a Nutrição, que é nutriente, a gente não queria. Ao mesmo tempo, enfim, assumir tudo aquilo também não dava. Então tinha um conflito ali, eu acho, sabe? **Eu acho que ao mesmo tempo que tinha uma alegria enorme de encontrar o Consea, tinha uma tensão subjetiva de dizer o quanto a gente consegue negociar isso e quanto isso fica bom para ambos os setores, né?** Então claro que tinha os líderes ali, o Chico Menezes, né, que foi as duas gestões... a gestão maior desse processo, acho que ele conseguiu atenuar bem tudo, ele tinha o perfil muito apaziguador, o Chico. O Renato acho que teria sido diferente se fosse o primeiro gestor, sabe? As coisas se harmonizaram. Mas eu acho que não estava muito claro, assim, o que a PNAN tinha que fazer. Mas também tinha a certeza de que era um momento de passar essa tarefa, né? Acho que é um pouco isso (E8, grifos nossos).

Com a saída do Ministro Humberto Costa em 2005, houve trocas também de Secretário de Atenção à Saúde, Diretor do Departamento de Atenção Básica e, por fim, de Coordenadora Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. A Coordenadora passou a ser Ana Beatriz Vasconcellos⁷², que permaneceu nessa função até o final do governo Lula.

A CGPAN permaneceu fisicamente separada do restante do DAB até 2010, quando se mudou para o mesmo espaço físico, continuando como a coordenação que tinha o maior número de profissionais (eram 51 pessoas em 2003 e 36 em 2009). Desses, boa parte era da equipe de tecnologia da informação, responsável pelo site institucional e sistemas de informação próprios dos programas da CGPAN.

A mudança para o mesmo espaço físico do DAB trouxe repercussões para a equipe da CGPAN, tanto que esse fato foi mencionado em algumas entrevistas. Houve uma apreensão inicial, mas, depois, uma avaliação positiva sobre essa mudança junto ao reconhecimento de que o distanciamento físico pode ter atrapalhado a integração da CGPAN com o DAB.

⁷² Nutricionista (UnB 1979), com especializações em Saúde Pública (UnB, 1988), Nutrição Humana (Unb 1992) e Política Social (UnB, 2000), mestrado profissional em Saúde Pública (Fiocruz, 2011), doutorado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional (UnB, 2017). Servidora do FNDE/MEC desde 1984. Cedida à ANVISA de 1999 a 2005 e ao Ministério da Saúde de 2005 a 2011 - Coordenadora da CGPAN. Não identificamos ligação prévia de Ana Beatriz com as coordenadoras que lhe antecederam.

[...] a distância espacial, física, ajudou no sentido de que tinha quase uma invisibilidade, né? Poucas pessoas sabiam nosso tamanho, de certa maneira, se fosse dizer entre aspas. (E6)

Acho que foi 2010, que aí a gente voltou e todo mundo, assim, morrendo de medo, né? “Ai, meu Deus, agora eles vão ver quantos somos, quanto dinheiro a gente tem, o que é que a gente faz”. Mas você sabe que foi bom? [...] todo mundo lá no mesmo espaço foi bom. Foi bom, assim. Mas, pois é, foi aí que a CGAN talvez tenha começado a... a gente teve que talvez começar a rever, assim, os espaços, porque era uma equipe muito grande, né? Era tudo muito grande (E7).

Então, assim, quando a gente se mudou para um local, que foi no final de 2010, em que a CGAN estava dentro do departamento de atenção básica, a gente viu o quanto a gente não conseguia se articular antes por não estar próximo. Então, assim, tinha uma articulação, mas comparando com os anos que se seguiram, quando eu comparo hoje, era uma articulação mínima (E4)

Eu peguei a mudança para a sede. Isso foi na gestão da Ana Beatriz ainda, foi uma crise na coordenação [...] E a primeira crise foi a crise do espaço. Porque a gente tinha um espaço gigantesco, era um latifúndio, a gente tinha uma bibliotecária, tinha uma biblioteca da CGAN, tinha uma pessoa que ficava lá sentada o dia inteiro com livros em volta dela, todas as explicações de muitos anos. E aí, a gente teve que um dia todo mundo levantar acampamento. A gente tinha, sei lá, 300m², para ficar em 150, sem sala, sem... Tanto que aqueles armários que ficavam no fundo da CGAN era o que sobrou da biblioteca. Então, assim, eram dias que a gente jogava livros, tipo, as pessoas jogavam caixas de coisas no lixo, papel, documento. Não teve uma coordenação institucional para a mudança, assim: “tais e tais pessoas vão cuidar do nosso acervo e vão ver o que vai, o que não vai”. Acho que as coisas da Lili, que era a bibliotecária, muitas coisas acabaram indo, mas também... [...] Então, nesse momento, a gente estava em um espaço que a gente tinha baia que era até em cima fechada, eu não via quem estava ao meu redor, a baia era fechada até 1,70m. Sabe? Eu ficava lá dentro, no meu quadrado, assim, fechada mesmo. E aí a gente mudou para um espaço completamente diferente, aberto e com uma outra disposição de... E isso a gente teve que... Mas eu acho que foi bom, eu acho que... Essa primeira mudança do espaço físico já foi interessante (E13)

É, eu acho que, primeiro, é uma questão mais geral, sempre quando você está distante... É incrível, né, por mais que você tenha internet, telefone e tudo mais, a questão física, de proximidade no mesmo prédio e, no caso, o mesmo andar, o mesmo local, eu acho que força uma interação ou facilita a interação em certos momentos. Comparado ao que era antes, quando a gente estava na W3, que só era a CGAN lá, depois que ela veio para cá, eu acho que a interação nas pautas e a relação do trabalho ela é superior do que antes, acho que melhorou (E3)

No mesmo ano da mudança de espaço físico, a coordenação passou a constar oficialmente da estrutura regimental do Ministério da Saúde com a denominação de Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), por meio do Decreto Presidencial nº 7.336, de 19 de outubro de 2010. Permaneceu vinculada ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde possuindo dois cargos de Direção e Assessoramento Superior (DAS), destinados ao coordenador geral e seu assessor técnico, na prática, um coordenador substituto (BRASIL, 2010). De acordo com a entrevistada E13, esse fato foi uma surpresa para a equipe da CGPAN.

Então, X, um dia a gente entrou no organograma, veio a notícia assim: “estamos no organograma do ministério”, e aí o nome mudou, foi na época da Ana Beatriz, assim. Eu acho que, muito provavelmente, o ministério fez uma revisão desse organograma, e aí foi lá ver quais eram as áreas que estavam, essa revisão deve ser meio periódica, não sei se isso tem alguma regra alguma coisa. E aí eles colocaram a gente para dentro, mas, com o nome novo que foi, nossa, uma crise, a gente ficou, sei lá, 6 meses e não conseguia falar o nome CGAN, a gente só falava CGPAN, hoje em dia não consigo mais falar CGPAN, mas é a cultura, assim. Acho que a revisão foi meio, assim, tipo: “ah, vamos revisar organograma”, e aí entra rever as áreas que estavam (E13).

Neste mesmo ano, a partir da Portaria GM nº 3.965 de 14 de dezembro (BRASIL, 2010), que aprova os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde, foram definidas as competências da CGAN, transcritas abaixo.

- I. Planejar, coordenar, supervisionar e orientar a execução das atividades técnicas e específicas sob a responsabilidade da Coordenação Geral;
- II. Estimular a articulação da implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) no território nacional;
- III. Desenvolver e propor mecanismos e instrumentos de apoio à gestão, controle e avaliação dos programas e normatizar as ações e serviços referentes à área de alimentação e nutrição no âmbito do SUS;
- IV. Promover articulação intrasetorial e intersetorial e prestar cooperação técnica para as ações e programas de segurança alimentar e nutricional;
- V. Promover a articulação com órgãos, entidades e agências de fomento, de financiamento e de pesquisa, nacionais e internacionais, para o desenvolvimento de projetos de cooperação, estudos e pesquisas em alimentação e nutrição;
- VI. Planejar e propor indicadores e diretrizes nacionais para monitorar a situação alimentar e nutricional da população;
- VII. Propor ações de normatização e gerenciamento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), realizando análises de indicadores com abrangência nacional;
- VIII. Desenvolver e propor programas e ações de prevenção e controle das deficiências nutricionais, desnutrição, obesidade e doenças crônicas associadas à alimentação;
- IX. Propor diretrizes técnicas para desenvolver e apoiar a realização de ações, programas e estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável em todas as fases do ciclo da vida;
- X. Preparar e propor conteúdos e diretrizes técnicas para a educação alimentar e nutricional da população, com a elaboração de guias alimentares nacionais;
- XI. Propor e/ou subsidiar tecnicamente a elaboração de normas e regulamentos de alimentos com vistas à melhoria nutricional da população
- XII. Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e programas de alimentação e nutrição nas três esferas de governo;
- XIII. Prestar cooperação técnica aos Estados, Municípios e Distrito Federal na implantação, implementação de programas e ações de alimentação e nutrição na organização da rede de atenção à saúde;
- XIV. Apoiar o desenvolvimento de capacidades fomentando a formação, a pesquisa e a rede de centros colaboradores em alimentação e nutrição;
- XV. Analisar e emitir parecer em projetos de cooperação com Estados, Municípios e outras instituições visando ao desenvolvimento de ações e melhoria nutricional da população;

- XVI. Propor normas e estabelecer critérios para a regulamentação dos atos inerentes à competência da Coordenação Geral;
- XVII. Articular com unidades intra e interinstitucionais para viabilizar o acesso a informações necessárias à gestão da Coordenação Geral;
- XVIII. Planejar, produzir e definir indicadores e relatórios de gestão para monitoramento e avaliação das ações planejadas pela Coordenação Geral;
- XIX. Promover a disseminação dos processos e procedimentos dos sistemas sob gestão da Coordenação Geral;
- XX. Produzir, processar e difundir conhecimentos referentes à área de atuação da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, do Departamento de Atenção Básica e da Secretaria de Atenção à Saúde.

Não conseguimos identificar com os informantes-chave ou nos documentos como se deu a definição destas competências. Uma das entrevistadas fez uma análise sobre a discrepância entre as competências da CGAN e seu locus institucional. Em sua fala explica que a agenda da Coordenação é maior do que o espaço dado a ela no Ministério da Saúde e aponta que essa agenda não segue a estrutura hierárquica do Ministério.

A alimentação e nutrição sempre foi um peru em cima de um pires. Seja onde for, até hoje ela é muito maior do que qualquer locus que deram para ela historicamente dentro do Ministério da Saúde. Porque ela não se dirige a um grupo específico e nem a um problema específico, ela é uma agenda. Ela tem essa complexidade. A gente sempre que teve a oportunidade dentro do Ministério, a gente sempre defendeu, às vezes mais publicamente, às vezes menos publicamente, mas a gente sempre defendeu, por exemplo, que a alimentação e nutrição merecia um status de no mínimo um departamento. No sentido de ela poder se abrir e realmente ter uma interlocução mais adequada com os diferentes setores, e também um empoderamento dentro do processo mais adequado. Isso certamente nunca foi conseguido, tal, mas a prática em alguns momentos, e até hoje, é uma prática de departamento, vamos dizer assim. **Porque ela não se coloca nessa linha hierárquica formal do organograma do Ministério. A gente vai tendo acessos. E não é nem só porque quem está na coordenação procura, é porque a agenda faz isso.** No fim você tem um ministro chamando direto a coordenadora ou o secretário. As coisas não têm ministro, secretário, diretor e coordenação. Tem todo esse dinamismo. Isso acontece até hoje. Sinceramente, eu não tenho refletido suficientemente sobre isso para ver se, dentro da lógica atual do Ministério, uma discussão dessas ainda cabe - e se couber, o que deveria ser. Eu não sei. Eu estou te falando de uma coisa datada, no passado. (E12, grifos nossos)

A recuperação do orçamento da CGPAN também é um aspecto relevante desse período. A partir de 2005, observa-se o aumento do orçamento, inicialmente devido aos programas de suplementação de ferro e de vitamina A, para os quais a coordenação passou a realizar a compra centralizada dos suplementos para distribuição. Os convênios com universidades e centros de pesquisa vão sendo retomados, sempre com resguardo de parte significativa do orçamento para isso. Somente a partir de 2006 a CGPAN passou a realizar o repasse de um incentivo financeiro para Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias de Saúde

das capitais, expandido para municípios com mais de 150 mil habitantes em 2009, destinado a apoiar a estruturação de áreas técnicas nessas Secretarias de Saúde e a implementação da PNAN (BRASIL, 2007; BRASIL; 2009).

Assim, se no início do governo Lula o orçamento da CGAN caiu drasticamente para 5 milhões de reais, em 2009, ele atingiu o valor de R\$ 38.744.108,00 milhões, um valor ainda muito abaixo do que dispunha em 2002 para suas ações, cerca de 100 milhões de reais, além do valor destinado ao Programa Bolsa-Alimentação (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2010b).

Em dezembro de 2006, a CGPAN firmou um Termo de Cooperação Técnica com a OPAS, o TC 49 - Saúde da Família, Alimentação e Nutrição, que ficou vigente até dezembro de 2016. Seu principal objetivo era o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no SUS.⁷³ De acordo com uma das entrevistadas, esse TC foi uma estratégia da CGPAN para gerenciar com mais autonomia seus recursos, em especial a contratação de consultores técnicos para compor a equipe de trabalho. Lembremos que naquele período não houve concursos públicos com provimento de vagas para a coordenação e ela não dispunha de cargos de DAS ou funções gratificadas para atrair servidores públicos de carreira.

E aí quando teve o TC, podia ter um teto, ter um consultor, porque quem paga o consultor é o governo, não é a OPAS, então tudo isso são ações que vão, assim, eu acho que é um movimento que foi... eu não sei da onde, acho que realmente foi isso, a ideia de poder colocar dinheiro na OPAS, porque eu acho também que isso aconteceu quando deu muita merda nos contratos do PNUD [...] Então os primeiros contratos foram feitos desse jeito, e aí, em um certo momento, viu-se que a OPAS também poderia ser um caminho, né? Entender esses contratos também é importante, entender como é que foi mudando a lógica, porque, provavelmente, quando tinha o PNUD, era só contrato mesmo, repassava o dinheiro, o dinheiro voltava, devia ser um dinheiro meio fundão do ministério e como o Bolsa era uma área muito estratégica para o ministério, Denise Coitinho tinha muito poder de negociar coisas no ministério, provavelmente esse primeiro ela até negociou sem ser dela, sem ser um dinheiro da área, assim, sabe? Ela negociou: “eu preciso de 5 consultores, 10 consultores”, acho que ela nem sabia de onde vinha esse dinheiro. Depois não, a área quando deu um orçamento próprio, viram que ela tem autonomia, **eu acho que ter feito o TC 49 foi até um pulo do gato, de ter uma outra fonte, de ficar menos suscetível à gestão do ministério como um todo, passar menos o chapéu, e ter o dinheiro da área colocado em um lugar que a área gerenciava. Tanto que esse TC incomodava muito depois e hoje ele já acabou, que era um TC que a SAS tinha pouca gerência sobre ele.** Então acho que foi isso, meio que foi feito um acordo da área técnica com a OPAS, a OPAS não tem problema nenhum com isso, ela aceita, desde que o ministro assine no final, e na época a CGAN tinha poder para isso. **Se bobear, esse TC, ele até começou a ser feito com a Denise e não com a Ana Beatriz** (E13, grifos nossos).

⁷³ Informações públicas sobre o TC 49 estão disponíveis nos Relatórios Técnicos de Termos de Cooperação disponibilizados pela OPAS Brasil em: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=3045:relatorios-de-gestao-dos-termos-de-cooperacao&Itemid=806

Outro fato importante a partir do TC 49, lembrado pela entrevistada E13, é que a OPAS passou a ter um consultor nacional específico para a área de Nutrição no Brasil, cujos custos de contratação e outros necessários ao seu trabalho corriam por conta do orçamento da CGPAN repassado a essa agência por meio do Termo de Cooperação. Vale mencionar que, até o ano de 2014, esse cargo na OPAS foi ocupado por ex-consultoras técnicas da CGPAN/CGAN. Antes do TC 49, o apoio da OPAS às agendas da Alimentação e Nutrição era realizado por seu consultor nacional da área de Saúde da Criança.

Aproximando-se do final desta seção do nosso estudo, recorreremos à análise de Recine e Vasconcellos (2011) sobre a implementação da PNAN após 10 anos de sua publicação. As autoras apontam os seguintes méritos da implementação dessa política:

- a) O desenvolvimento da vigilância alimentar e nutricional (VAN), que permitiu a produção sistemática de informações sobre a situação alimentar e nutricional da população brasileira, a partir da implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e de inquéritos nacionais, como as Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) e a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel);
- b) A construção da agenda de promoção da alimentação adequada e saudável e sua qualificação a partir da edição do Guia Alimentar para a População Brasileira em 2005, que se apresenta como uma ferramenta brasileira para implementação das recomendações da Estratégia Global de Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde;
- c) Qualificação de recursos humanos em alimentação e nutrição, sobretudo a partir do trabalho da rede de Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição (CECAN), formada por instituições públicas nas cinco regiões brasileiras, buscando integrar ensino, pesquisa e serviço.

Para Recine e Vasconcellos (2011), permaneciam como desafios importantes após uma década de PNAN: a institucionalidade da área, a organização do processo de trabalho, o financiamento e o controle social⁷⁴.

⁷⁴ Conforme esclareci nas notas 2 e 3, tomei decisões na trilha do estudo que me levaram a centrar na análise das condições político-institucionais desse período e abrir mão de explorar na tese as produções da CGPAN/CGAN que possam estar relacionadas ao que Recine e Vasconcellos (2011) identificam como méritos e desafios da implementação da PNAN entre 1999 e 2009.

No último ano do governo Lula, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010, que alterou o artigo 6º da Constituição Federal para incluir a alimentação como um dos direitos sociais da população brasileira (BRASIL, 2010). Alguns meses depois, a LOSAN foi regulamentada pelo Decreto Presidencial nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Esse mesmo Decreto instituiu a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e estabeleceu os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2010c).

A construção da PNSAN ocorreu em 2009, no âmbito da CAISAN, e partiu de um documento de proposições do Consea para sua elaboração, aprovado em Plenária em 12 de agosto daquele ano. Esse documento do Consea já propunha como uma diretriz específica da PNSAN “fortalecer as ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde, de modo articulado às demais políticas de SAN” (BRASIL, 2009a).

É no bojo da construção da PNSAN que a CGPAN decide realizar um processo de revisão da PNAN, conforme indica a entrevistada E5:

[...] aí você fala assim: “como vai fazer uma política nova?” Não, então essa que tem, a gente vai fazer uma revisão dela, a gente vai atender a sociedade civil, a gente vai trabalhar com um escopo maior de pessoas, enfim, e do próprio Consea, dando suas contribuições para uma política que é da saúde. **Aí, olha, fica feio de dizer, mas é demarcar mesmo o território, entendeu? É isso, não adianta achar que o intersetorial é intersetorial. O intersetorial tem setores e cada setor tem que trabalhar dentro da sua linha.** Então, naquele momento, uma política de alimentação adequada e saudável me pareceu, assim, entrar em uma esfera que já tinha uma demarcação, que já tinha uma delimitação. Pudessem ampliar o que fosse, mas ela já tinha uma demarcação e ela precisava ser trabalhada ainda dentro desse campo demarcado que ela está e não já partir para um novo momento, entendeu? Como se ela estivesse aqui totalmente boa e aqui agora pode ter um outro momento intersetorial. (E5, grifos nossos)

A necessidade de revisar a PNAN frente ao novo arranjo institucional também foi destacada pela entrevistada E6:

[...] a gente começava a ver, ficava esse incômodo da própria PNAN já não responder mais, em termos dos temas de alimentação e nutrição, ela continuava sendo atual, mas no contexto institucional, ela já não traduzia a mesma realidade, inclusive no sentido de que, na formalização do próprio texto, você tem a responsabilização de ministérios, que agora... e você já tinha um cenário maior, que era na LOSAN, e tudo mais. Então teria que avançar realmente para atualizar o cenário epidemiológico, apesar de que muitas coisas já estavam apontadas já ou continuavam existentes, mas de colocar a PNAN no novo cenário, inclusive, político institucional legal, que tinha, naquele momento que se estruturou a segurança alimentar como agenda intersetorial, de fato, inclusive, com a institucionalidade muito determinada pela CAISAN e tudo mais. Então já não cabia mais aquela PNAN e necessitava da atualização. Muito foi nesse sentido, essa necessidade. E isso seria, claro, repercutido a nível dos estados, dos municípios, tinha uma percepção crítica da própria academia em relação a tudo isso e culminou com a necessidade: “vamos ter que puxar esse processo de atualização da PNAN” e, como

sempre, foi a prática da CGAN de amparar muito na evidência, na questão do apoio da Academia, mas de ampla escuta, de processos participativos, e, por isso mesmo, veio uma discussão que desde oficinas que foram no nível local, estadual, regional, subindo até uma grande oficina nacional para fazer isso. (E6)

Dessa forma, a revisão da PNAN após uma década teve o mesmo objetivo de sua formulação em 1999: demarcar um território institucional para a área de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. Mas, dessa vez, não parte de um vazio institucional, como ocorreu com a extinção do INAN, ao contrário, parte da criação de novos espaços institucionais que foram concebidos com poderes e atribuições por vezes semelhantes e/ou até mesmo concorrentes com a CGAN⁷⁵. Assim, uma nova PNAN se fez necessária para melhor delimitar e afirmar o papel do setor saúde no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional.

3.1.6 Uma nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição e uma diretriz para organização da Atenção Nutricional no Sistema Único de Saúde

Apresentaremos nesta seção os principais aspectos do processo de revisão da PNAN ocorrido entre os anos de 2010 e 2011, correspondentes ao último ano de governo Lula e primeiro ano do governo Dilma Rousseff. Ressaltamos que não iremos aqui avaliar o processo de revisão da PNAN, apenas descrever alguns de seus aspectos e compartilhar a percepção de informantes-chave sobre ele.

Sobre as motivações para revisão da PNAN, além da demarcação de território institucional no âmbito da institucionalização de uma política pública de Segurança Alimentar e Nutricional, as entrevistas indicam a necessidade de a PNAN ampliar seu arcabouço para dar respostas a novas questões que emergiam dentro do próprio SUS.

Eu acho que começaram a surgir algumas perguntas que a política primeira edição já tinha proporcionado de arcabouço, vamos dizer assim, de sustentação, já não dava. Eu acho que tem uma questão do reposicionamento da própria agenda da promoção da alimentação adequada e saudável que não cabia mais dentro do que a PNAN dava de escopo de reflexão, a questão da atenção nutricional. Acho que são duas grandes questões internas, vamos dizer. A atenção da questão nutricional, a forma como a nutrição precisava e precisa até hoje se instalar, se ampliar para dentro da atenção no SUS, a primeira edição da PNAN não dava conta disso, porque o momento histórico dela era completamente outro. E acho que tem um outro elemento também que é a expansão e o reposicionamento de um outro elemento que na primeira PNAN

⁷⁵ Por exemplo, a Coordenação-Geral de Educação Alimentar e Nutricional da Secretaria de Segurança Alimentar e Nutricional do Ministério de Desenvolvimento Social de Combate à Fome.

também não existia. Quer dizer, existia conceitualmente, mas não existia enquanto campo de política pública, que é a questão da segurança alimentar e nutricional. Então existe uma questão das relações intersetoriais e uma agenda que é bem mais ampla do que a agenda da alimentação e nutrição na saúde, que é a agenda da segurança alimentar e nutricional. Então acho que são elementos que vão ganhando força por questões internas da saúde, por questões externas e a relação entre elas, que geram essa necessidade da gente falar: "tá bom, o que a gente fez até agora e como podemos e devemos nos recolocar nesse cenário, tanto interna, quanto externamente?" (E12)

Ela é demandada para dar resposta a algumas coisas que não eram mais aquelas outras. Então a PNAN de 1999 não respondia, concretamente, talvez, a essas questões de maior relação interfederativa, dos municípios e estados, que é uma realidade do SUS. Quando você está no INAN é diferente, a relação de você estar no INAN é uma relação diferente do instituto com município e estado. Quando você está na organização do Ministério da Saúde, tem uma prerrogativa básica que é a coordenação interfederativa. Então, acho que essa PNAN de 1999 trazia muito pouco sobre isso e ela respondia essas mudanças, o perfil econômico, acho que o perfil econômico. Então você tem lá 2008, 2009, você já está no final do governo Lula. No final do governo Lula você já diminuiu muito o mapa da fome, a população em extrema pobreza diminuiu muito, então acho que essa... Meio que é um ajuste de uma PNAN que consegue preservar a questão de segurança alimentar e nutricional, mas consegue trazer alguns elementos novos do que seria essa agenda no campo da alimentação e nutrição dentro do Sistema Público de Saúde, do SUS, etc. Eu acho que é uma tentativa (E3)

A entrevistada E5 apontou dois outros motivos para a revisão da PNAN: ainda existiam uma associação da política de 1999 com o governo do PSDB, que era negativa para a CGPAN, e uma tensão com o Consea, que queria propor uma Política de Alimentação Adequada e Saudável.

Todo esse processo também faz parte dessa busca de institucionalização, porque você tinha PNAN de 1999. "Ah, a PNAN é do governo Serra, ah, a PNAN é do governo do PSDB", mesmo que a PNAN fosse super atual, ela era muito boa, ela sempre foi muito boa, mas ela tinha esse marco e 'ah, a sociedade não foi escutada', embora, naquele momento, para aquele período, a sociedade tivesse sido escutada, mas isso fica para trás, passado é passado (E5).

Então no momento que chega a revisão, a revisão é uma revisão, é um marco, é um novo momento da sociedade, são novas forças, que estão ali, você tem uma política, uma guia, não precisava fazer uma nova PNAN, precisava rever a PNAN, é uma reforma da PNAN, né? As reformas precisam ser feitas. E aí também era um momento de buscar apoio da sociedade, apoio externo, apoio dentro do próprio Ministério, de dar visibilidade. Tem uma política, essa política precisa ser revisada e **a gente tinha passado também por um processo de desgaste interno dentro do Consea, que foi quando o Consea quis lançar uma política de alimentação saudável e adequada. E quando isso chegou, assim: "vai lançar uma política de alimentação saudável e adequada? Não, a política de educação saudável e adequada é a PNAN". Então, assim, também foi um momento tenso, né? Quer dizer, as pessoas queriam fazer uma política para a gente, já tem política de segurança alimentar, já tem política de alimentação e nutrição, vai fazer uma política de alimentação saudável? Não, não é possível, não tem como. Não é necessário, enfim, você tem já políticas grandes. Aí virou um programa, eles fizeram depois um programa de alimentação saudável e tal, juntando pontos, mas o primeiro embate, a primeira ideia era que fosse criada uma política de alimentação saudável.** (E5, grifos nossos)

Não exploramos junto a outros informantes-chave essa tensão junto ao Consea, mas encontramos em documento produzido pelo GT de Alimentação Adequada e Saudável do Consea a menção ao fato citado pela entrevistada E5:

A discussão sobre o escopo de formulação da promoção da alimentação adequada e saudável foi referenciada inicialmente como tema a ser aprofundado pelo Consea, com fins de responder a sua pertinência como uma política pública ou um programa. A continuidade dos trabalhos apontou como programa o formato de gestão. Cabe destacar que a sugestão do lócus institucional se baseou na perspectiva de uma maior garantia da implementação da intersetorialidade. Com o propósito de encaminhar subsídios conceituais e estratégicos para a formulação de ações para promoção da alimentação adequada e saudável, foram descritos princípios orientadores, formuladas diretrizes e propostas ações. Este documento foi elaborado com o objetivo de identificar os diversos aspectos estratégicos da construção da promoção da alimentação adequada e saudável no Brasil. Está dividido em cinco blocos. O primeiro descreve o modelo de desenvolvimento econômico e social brasileiro que permeou a discussão. O segundo bloco descreve os princípios conceituais e estratégicos, norteadores da proposta. O terceiro apresenta as diretrizes gerais, o quarto propõe as ações a serem desenvolvidas, e o quinto refere-se à proposta de formato de gestão (Consea – GT Alimentação Adequada e Saudável, 2007, p. 2, grifos nossos).

Para o processo de revisão da PNAN, a CGAN fez uma parceria com a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição do Conselho Nacional de Saúde (CIAN/CNS). De acordo com um dos informantes-chave, essa parceria teve como objetivo fortalecer a CIAN e levar o debate sobre a PNAN para dentro do CNS.

Para fazer e aí também foi uma forma de fazer a CIAN avançar dentro do Conselho Nacional de Saúde, trazer os conselheiros para dentro de um tema, porque os conselheiros também ainda enxergavam mais a parte de Bolsa Família. Nos fóruns, nos espaços, até porque eles eram mais cobrados, porque era um tema mais presente. Então foi aquela forma de trazer: “não, então vamos para o Conselho Nacional de Saúde”. O Conselho Nacional de Saúde é da saúde, a nutrição é da saúde, porque é um processo de reconhecimento, de fazer com que a saúde também reconhecesse a nutrição. A segurança alimentar estava no outro ministério, podia parecer que não é deles, “não, é de vocês, dele, saúde, de vocês, conselheiros, de vocês que estão aqui representados”, né? Então eu acho que é o tempo todo essa... foi, assim, no meu ponto de vista, fazendo essa sintonia fina, entre aqui fora e dentro, o reconhecimento interno e o reconhecimento externo, a institucionalidade e o que podia ser, vamos dizer assim, concebido para avançar, para que fosse possível avançar mais adiante, fosse seguindo, não se perdesse (E5)

CGPAN e CIAN promoveram 26 seminários estaduais, entre março e abril de 2010, com participação de aproximadamente duas mil pessoas, organizados localmente pelas referências técnicas de alimentação e nutrição das SES em colaboração com os Conselhos

Estaduais de Saúde (BRASIL, 2010d). De acordo com o entrevistado E3, a CGPAN realizou um repasse específico de recursos financeiros às SES para a realização desses seminários.

O público-alvo dos seminários estaduais era composto por:

- a) Conselheiros estaduais e municipais de saúde;
- b) Entidades da sociedade civil (usuários);
- c) Entidades de trabalhadores de saúde;
- d) Membros da CIAN estadual e municipal;
- e) Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição;
- f) Entidades de trabalhadores nutricionistas (Conselho, Associação, Sindicato);
- g) Gestores estaduais e municipais da PNAN;
- h) Gestores estaduais e municipais de saúde;
- i) Conselheiros de Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional;
- j) Especialistas em políticas públicas de saúde e alimentação e nutrição (BRASIL, 2010d).

O entrevistado E3 avaliou a participação desses diversos segmentos no processo de revisão da PNAN:

Olha, me parece... Acho que são duas coisas. Tentando lembrar também as coisas aqui. Primeiro que, assim, o fato de ter proporcionado um recurso financeiro da CGAN, não do Conselho Nacional de Saúde, que já é uma área que até hoje não tem recursos, precisa de mais recursos. Então você destinar da sua área e tomar a decisão política de realizar 27 seminários, isso foi um aspecto positivo. **Aí você vai falar: “ah, mas os seminários tiveram dificuldade com a paridade gestor, trabalhador, usuário, um estado fez melhor, outro estado fez pior”. Naquele contexto, não sendo uma agenda proveniente do Conselho Nacional de Saúde, com recursos do Conselho Nacional de Saúde e com a estrutura organizativa do Conselho Nacional da Saúde, só com a estrutura organizativa e com o dinheiro da CGAN, foi o que foi possível em relação aos seminários serem realizados.** Outros movimentos que seriam mais adequados, fazer um chamamento mais organizado em relação à sociedade civil, pode ser por consulta pública, oficinas com as várias entidades, chamar o conjunto da academia, isso não foi feito, não foi feito. A gente imaginava, naquele momento, que esses atores todos iam entrar pelo seminário. O que me pareceu... Eu tinha que rever os números disso, mas o que me pareceu é que a gente recebeu muita proposição de cada encontro, porque os encontros acho que aconteceram em quase todos os lugares, eu não tenho certeza, mas acho que aconteceram em quase todos os lugares (E3, grifos nossos)

Para os seminários estaduais, foi proposta a organização do debate com base em quatro temas considerados relevantes para aquele momento da PNAN:

1. Determinantes e condicionantes socioeconômicos da situação de saúde da população brasileira;

2. Processo de implementação, avanços e desafios do conjunto das diretrizes da PNAN;
3. Contexto de transição epidemiológica, nutricional e demográfica, reformas institucionais do SUS, diretrizes do Pacto pela Saúde, fortalecimento da Atenção Básica com expansão da Estratégia saúde da Família, implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), grau de institucionalização das áreas técnicas de alimentação e nutrição nas três esferas de gestão do SUS, implementação dos territórios integrados de assistência à saúde;
4. Articulação intersetorial entre o SUS e o SISAN.

Para subsidiar as discussões estaduais, foi elaborado um documento-base pela CIAN e CGPAN, no qual foram apontados os seguintes desafios para a PNAN, no seu processo de revisão: qualificação da gestão das ações de alimentação e nutrição; fortalecimento das estratégias de implantação da nutrição na atenção básica e nos demais níveis de atenção à saúde; delineamento de ações destinadas a populações específicas (indígenas e outros povos e comunidades tradicionais); reconhecimento e valorização da cultura alimentar; ampliação da discussão relativa à temática de nutrição, ambiente, desenvolvimento e aproximação com as instâncias de controle social da saúde e da nutrição (BRASIL, 2010f).

Cada seminário estadual deveria eleger até quatro representantes para participar do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS - PNAN 10 anos, realizado em Brasília nos dias 8 a 10 de junho de 2010. Participaram dos debates em Brasília cerca de 250 pessoas, sendo 88 representantes dos diversos segmentos priorizados como público-alvo dos seminários estaduais e os demais, palestrantes, convidados e equipe organizadora. Na plenária final, foram aprovadas 218 propostas para aperfeiçoamento da PNAN (BRASIL, 2010g).⁷⁶

Sobre o caráter das propostas, a entrevistada E5 indica que eram pertinentes e representavam o acúmulo de experiência, não havendo propostas contrárias ou adversas.

Então, assim, não foi um processo de decisão, até porque as propostas não eram tão heterogêneas ou antagônicas. Eram propostas com diferenças, mas poucas diferenças, com propósitos mais comuns, assim, com ideias mais, vamos dizer assim... que já circulavam na sociedade, que já circulavam na Academia, que já circulavam na gestão também. Então, não eram ideias tão diferenciadas assim. Aquelas que eram muito diferentes, óbvio, você não vai criar um atrito, criar uma situação ali, porque não cabe. Mas, em grande parte, eram muito pertinentes, assim, porque vêm de acúmulo de experiência [...] (E5)

⁷⁶ Mais informações sobre esse processo estão disponíveis em: http://conselho.saude.gov.br/web_sem_nutri/index.html

Um dos informantes-chave reconheceu o mérito desse processo de participação na revisão da PNAN, lembrando que não se trata de prática comum à formulação de todas as políticas do Ministério da Saúde.

Naquela época, dava impressão de que o processo podia ter sido mais democrático e mais consistente. Hoje, eu olhando como as políticas são feitas, eu estou achando aquele processo interessante, sabe? Porque eu acho que o debate para formulação de políticas, qualquer política para o Ministério, me parece que ele precisa ir além das instâncias do Ministério. E até usar mecanismos e ferramentas que é, sei lá, conferências, seminários, conselhos, consultas públicas, etc. Um conjunto de coisas para também se alimentar das informações da sociedade. Mas a produção de seminários ou conferências estaduais, e que você vem produzindo para chegar em uma conferência nacional, o modelo de uma conferência de Saúde, para políticas... Por exemplo, na Atenção Básica nunca aconteceu. Aconteceu de vigilância, saúde do trabalhador, mulheres. (E3)

Segundo alguns informantes-chave, a CGPAN estabeleceu parceria com a Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH) para a análise das propostas e contribuições recebidas no processo de revisão da PNAN e elaboração de uma proposta de novo texto da política. Essa proposta de texto foi aprimorada por um grupo de trabalho da CGAN, mas não chegou a ser apreciada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de modo que a finalização da revisão da PNAN e sua publicação só ocorreram em 2011.

É válido mencionar que, naquele momento, a gestão da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) estava discutindo junto à CIT as “Diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS”, que acabaram sendo publicadas em dezembro de 2010. Essas diretrizes visam superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no SUS.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi definida 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, buscam garantir a integralidade do cuidado”. A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção à saúde, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação, compreendendo-a como o ponto de atenção preferencial, que deve ser resolutivo sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os outros pontos de atenção (BRASIL, 2010g, p. 4).

Em 2011 teve início o Governo da Presidente Dilma Rousseff, também do Partido dos Trabalhadores (PT). A Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição foi assumida por

Patrícia Constante Jaime⁷⁷. Sobre sua indicação para assumir esta função de gestora no Ministério da Saúde, ela esclareceu que foi indicada por Ana Beatriz Vasconcellos e recebeu o convite formal de Heider Aurélio Pinto, que havia assumido a Direção do Departamento de Atenção Básica. Cabe mencionar que o novo Ministro da Saúde era Alexandre Padilha e o novo Secretário de Atenção à Saúde era Helvécio Magalhães.

Em sua entrevista, Patrícia Jaime destacou alguns aspectos do contexto do início do Governo Dilma no Ministério da Saúde e no âmbito intersetorial da SAN:

Internamente no Ministério da Saúde, acho que tinha a efervescência de uma nova gestão, claro, né, de início, de planejamento, do ciclo da administração pública, mas era **a questão do debate das redes de atenção à saúde**, né? Tinha acabado de sair portaria em 2010, definindo as... **um movimento interno muito grande de pensar as redes temáticas em atenção em saúde, a proposição das primeiras redes, a pactuação dessas redes**. Também um processo importante no Ministério de **revisão da PNAB, e isso tinha uma prioridade muito grande no DAB, no departamento, essa era a grande questão**, né? De pensar já alguns marcos de programas, o PMAQ já sendo estruturado. Então você tinha todo esse debate interno no Ministério, do planejamento estratégico do Ministério, do PPA dentro do... E na agenda da Segurança Alimentar e Nutricional, mais intersetorial, a gente tinha acabado de aprovar a emenda constitucional, né, também no ano anterior, em 2010, e instituído a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, né? E estava se iniciando, **no primeiro semestre de 2011, foi um momento importante do planejamento na administração pública, porque se instituiu no PPA os programas intersetoriais, perdão, os programas temáticos intersetoriais. E teve, pela primeira vez, o programa temático de Segurança Alimentar e Nutricional. Então tinha toda uma construção do planejamento plurianual com a temática da Segurança Alimentar e Nutricional**. Então como criar esse desafio de uma agenda intersetorial forte, fortalecida no governo, chamando a área de Alimentação e Nutrição, convocando a PNAN, e, ao mesmo tempo, todo um processo interno no Ministério, com outro olhar, com o olhar da organização, da Atenção, da perspectiva das redes, de revisão da própria PNAB, né? Então acho que esse foi um pouco do momento, né? Desse início de 2011 (E15, Grifos nossos).

⁷⁷ Nutricionista (UFG - 1994), Mestre (1999) e Doutora (2001) em Saúde Pública pela USP. Pós-Doutora em Epidemiologia Nutricional pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde - NUPENS/ USP e em Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição pela London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido (mesmas instituições onde Denise Coitinho fez suas pós-graduações). Professora associada do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP. Atuação na docência desde 1996, sendo na FSP-USP desde 2003. Foi cedida ao Ministério da Saúde no período de 2011 a 2014 para assumir a Coordenação-geral de Alimentação e Nutrição.

A implantação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) foi a grande diretriz de atuação da Secretaria de Atenção nos anos de 2011 a 2014. A organização da implementação de RAS temáticas foram priorizadas a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças, destacando-se nesse período as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Urgência e emergência (RUE), Rede de atenção psicossocial, Rede de cuidado à pessoa com deficiência e Rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, o fortalecimento da Atenção Básica foi incluído na agenda do MS para atender o seu papel de ordenadora das redes e coordenadora do cuidado apontado no arcabouço teórico sobre as RAS. Sob essa perspectiva, foi realizada a revisão da PNAB e desenvolvidos programas e estratégias com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade da Atenção Básica em todo o país, ajustando-se às diversidades territorial e cultural do país e, ao mesmo tempo, assumindo o objetivo da promoção da equidade.

No escopo dos esforços para melhorar o acesso e a qualidade da Atenção Básica, o Diretor do DAB operou algumas mudanças na organização da CGAN, conforme esclareceu Patrícia Jaime em sua entrevista. Ele decidiu transformar a equipe de Tecnologia da Informação da CGAN em um Núcleo de Tecnologia da Informação do DAB (NTI-DAB) devido aos novos projetos do Departamento que demandavam a construção de novos sistemas de informação e outros mecanismos tecnológicos de comunicação com gestores e profissionais da Atenção Básica.

Então, a equipe de tecnologia da informação que havia surgido para operar o Programa Bolsa Alimentação em 2000/2001, que amadureceu tecnicamente com o desenvolvimento de outros sistemas de informação de programas da CGAN, em especial o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em 2011 passou a operar para todas as Coordenações do DAB, ampliando muito seu leque de responsabilidades. A CGAN passou a ter que “entrar na fila” para ter suas demandas atendidas.

Essa mudança incluiu também a criação de um novo site institucional do DAB para abrigar tudo referente às políticas, programas e ações de responsabilidade das coordenações e áreas técnicas que compunham este Departamento. O que implicou na desativação do site exclusivo da CGAN (www.nutricao.saude.gov.br).

As mudanças não pararam por aí. Conforme explica a entrevistada, a gestão de outros dois programas passou a ser responsabilidade da CGAN:

Um pouco depois, assumimos o Programa Saúde na Escola, o PSE. Porque ele passou por várias coordenações ao longo da sua história, começou na CGGAB, depois foi para uma outra área. E a interpretação do diretor à época é que a PNAN tinha... a CGAN tinha uma tradição de promoção, né? E que poderia acolher a gestão do PSE. **Então veio o PSE e acabou vindo também a coordenação da Academia da Saúde**, um outro programa do campo da promoção. De tal modo que ao final dessas entradas e saídas do balanço, **a gente acabou confirmando que a coordenação tinha quatro frentes de ação, né, de responsabilidades. Uma é a gestão federal da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, dentro do novo escopo do novo texto da política; outra é gestão das condicionalidades em saúde do programa Bolsa Família, que extrapola o domínio claro da Alimentação e Nutrição; a gestão do PSE; e a gestão do programa Academia da Saúde.** PSE e Academia se unificaram num grupo próprio e as condicionalidades do Bolsa ficaram acompanhadas ali na agenda de programas estratégicos, porque já tinha uma tradição grande, né, desde o início do programa, na coordenação da CGPAN – na CGPAN e depois na CGAN (E15, Grifos nossos)

Novamente a área de alimentação e nutrição passou por contingências e adaptações em virtude da mudança de governo. Mas, o que as entrevistas indicam é que dessa vez houve um rápido alinhamento da Coordenadora-geral com o projeto de gestão dos dirigentes das instâncias superiores à CGAN.

Eu não me lembro muito da relação quando era a Ana Beatriz, porque depois, quando a outra gestão veio, veio muito forte. Quando o Heider assumiu. E a Patrícia não era uma pessoa do grupo deles, nem da interação deles, mas rapidamente ela se alinhou com eles. Então, isso já fez com que tudo mudasse muito rapidamente, de ter reuniões... Porque, antigamente, tinha reunião do DAB e a gente não era nem chamado. Não tinham as reuniões de final do ano que o Heider fazia com todo mundo para apresentar as coisas, isso não... Na gestão da Claunara isso não existia. A Claunara tinha claramente o objetivo de crescer a APS no Brasil, principalmente eram do modelo da saúde da família, eles não tinham muito essa noção de que os modelos podiam ser mistos e que podia ser de acordo com o território. Eles não, a missão deles era crescer a saúde da família. E a grande revolução de quando entrou o Heider foi não, foi assim: “a atenção básica é atenção básica e ela pode ser de formas diferentes”. A gente já tem a atenção primária, saúde da família, como prioritária, mas a gente... E essa foi a hora que a gente foi um pouco também obrigado a começar a discutir (E13)

A entrevistada E13 destaca ainda que a nova gestão do PT no Ministério da Saúde promoveu melhor articulação e integração entre as diferentes áreas, o que, segundo ela, não

ocorreu na gestão anterior do Ministro José Gomes Temporão (Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB).

[...] quando mudou para o Padilha, eu acho que foi uma mudança muito radical no ministério, muito, assim. Veio uma galera de gestão, mudou o secretário... o secretário da SAS, ele nem sabia que a área fazia, assim, diferente, por exemplo, da gestão de Helvécio e da relação do Heider, assim, foi uma gestão que tentou articular mais o ministério como um todo. Porque, até então, quando o ministério estava com PMDB ainda, ele era muito loteado e isso é muito ruim para o ministério, esse lance de lotear secretaria, porque cada secretaria vira um pequeno Ministério da Saúde. E aí, no fundo, eu acho que a CGAN era a consequência disso também, não é porque ela quisesse ser isolada, o mundo era isolado. A SAS era uma coisa, A SVS... então cada um levava o seu, gerenciava o seu, botava os seus coordenadores. Eu acho que na gestão seguinte, na gestão que o PT assumiu, foi muito radical a mudança, muito radical. A gente tinha reunião de planejamento, sabia o que estava acontecendo, tinha essa questão do monitoramento das ações, então acho que isso foi um salto quântico no Ministério da Saúde, as áreas sabendo que as outras estavam fazendo, os coordenadores sabendo o que o vizinho estava fazendo, tendo uma conversa... Então acho que isso realmente foi primordial, assim, o jeito como se governa e de como as pessoas gerem as coisas, é muito diferente, muito. Era outro ministério (E13)

A nova gestão da CGAN já iniciou com a missão de concluir o processo de revisão da PNAN. Havia um conjunto de organizações e sujeitos que foram mobilizados em 2010 que aguardava pela nova versão da política, além da própria equipe da CGAN. A aprovação da atualização da PNAN foi definida como meta no Plano Plurianual (PPA) e no I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN), ambos a serem executados no período de 2012 a 2015.

O que Patrícia Jaime esclarece é que a princípio existia uma expectativa de que o novo texto da PNAN já estava pronto, era só pactuar e publicar, no entanto, ao assumir a gestão da CGAN percebeu que ainda existia um caminho a percorrer. Ela destaca a necessidade de negociação com os gestores do SUS.

E era um momento histórico interessante, porque estava muito efervescente algumas questões, né? Uma porque é o ano exatamente seguinte ao balanço de conclusão da PNAN, dos 10 anos, né? Então, se por um lado era um super presente para quem está assumindo o processo de gestão, você ter toda uma reflexão construída, dialogada, né? E também já num texto, né, era como se a PNAN estivesse pronta: “está aqui, só basta publicar agora, pactuar e publicar”. Por outro, eu percebi, assim, olha, eu me lembro muito de uma fala do CONASS que era uma fala assim: “vocês combinaram com todo mundo, menos

com os gestores do SUS”, o texto da política. Porque se você for ver a estrutura da revisão, dos seminários, era sempre assim: uma área técnica de alimentação falava com parceiros, os profissionais da área, mas pouco diálogo com o gestor efetivamente, do ponto de vista de discussão nas instâncias, nas câmaras técnicas da tripartite, do diálogo mais com o CONASS, com CONASEMS. Então eu percebia que tinha ainda um caminho que não estava concluído, tinha uma certa expectativa do setor, que já estava dada, era só concluir, e eu percebia que ainda precisava fazer algumas negociações e reajustes naquele texto. [...] Tá. No seminário nacional obviamente estava o CONASS, estava o CONASEMS participando, mas eu percebia um certo sentimento, assim, de que, olha, a discussão, a construção de fato não nos considerou, enquanto as grandes questões da gestão da política (E15).

Para dar continuidade ao processo de revisão da PNAN foi constituído um grupo de trabalho (GT) composto pela própria Coordenadora-geral, por representantes das equipes técnicas da CGAN⁷⁸ e um assessor técnico do Diretor do DAB.

Compartilhamos abaixo algumas falas de membros desse GT que indicam quais foram as principais decisões para finalização do texto da PNAN que seria apresentado à CIT.

A gente teve que fazer algumas adequações para trazer para o lado de cá, saúde, porque a ideia era que a política... bom, o peso que a segurança alimentar nutricional tinha na política anterior, na primeira política, era em função talvez da força que você tinha aqui e da ausência da discussão lá, ou do governo em outro canto. Agora, não. A gente tinha bem claro um poder, numa força, numa liderança, na segurança alimentar, muito mais fortalecido e agora a gente precisava, talvez, lidar um pouquinho mais com as demandas do SUS. Eu acho que foi um avanço. Mas também não deixou de conversar e articular com a SAN, é uma diretriz da política, mas eu acho que essa foi a grande diferença, assim. Talvez em 1999, a segurança alimentar nutricional se respaldava muito na nossa PNAN e depois não. Eles tinham corpo, tinham liderança, tinham agenda, tinham estrutura, tinham infraestrutura, tinham corpo técnico. Era muito fortalecido e a gente talvez pôde direcionar um pouquinho os esforços para a agenda da saúde, sabe? Essa é a minha percepção. Mas eu participei mais, quer saber, dessa discussão da PNAN, quando a Patrícia veio e a gente tinha que apresentar um texto. Eu acho que acho que foi aí que eu participei mais, assim, porque antes eu acho que eram muitas consultoras que estavam se debruçando sobre as considerações todas que tinham vindo das etapas estaduais, assim, ou da discussão toda, para formulação do texto e eu acho que a gente

⁷⁸ A coordenadora e uma consultora técnica da equipe de Planejamento e Relações Institucionais e os coordenadores das equipes de Monitoramento e Avaliação, Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e Programas Estratégicos.

estava patinando um pouquinho nessa entrega, entendeu, a CGPAN/CGAN, não sei mais quem era. Estava patinando um pouquinho o que era a nova política. E eu acho que com a vinda da Patrícia, a gente falou assim: “não, o que a gente quer com a política é a nossa cara, são as nossas demandas, é responder para dentro do SUS a atenção nutricional. É isso que a gente acredita. É esse o nosso desafio. É essa a nossa grande demanda”, né? E aí foi como caminhou a política nessa versão nova. Ao menos na minha percepção (E7)

O texto mudou muito, né? O texto do que sai do seminário, do que foi o texto de 2011. E a gente percebeu a necessidade de fazer discussões nas câmaras técnicas, para ir amadurecendo esse debate. E, ao mesmo tempo, foi revendo o texto que a gente recebeu. **Essa revisão, ela foi orientada acho por três eixos, assim, três dimensões: uma foi a perspectiva de formação das redes de atenção em saúde, que ela não estava muito clara no texto anterior, na proposta de texto que a gente recebeu.** Porque é a portaria de 2010, né? Acho que são... e também porque acho que estava uma discussão muito dentro do universo da Alimentação e Nutrição, que sempre foi muito na trajetória, né, Alimentação e Nutrição como um campo próprio do SUS, como... fisicamente já esteve até separado – acho que a gente ter mudado para o mesmo prédio facilitou essa maior integração com a Atenção Básica como um todo. Então eu acho que teve esse esforço de a gente pensar: “não, vamos pensar um texto da PNAN à luz das redes de atenção em saúde, do desafio da busca da integralidade do cuidado”, então acho que esse foi um aspecto. **Um segundo eixo: a gente sempre teve, enquanto campo da Alimentação e Nutrição, muito imbricado e compromissado com a agenda da Segurança Alimentar e Nutricional.** E que foi muito efervescente, desde 2006, com a Losan, até 2010. Então o texto, na minha percepção, o texto que a gente recebeu ainda era um texto que eu me perguntava: “mas qual é a diferença deste texto do texto da Política Nacional de Segurança Alimentar Nutricional?”. A primeira diretriz dizia respeito à segurança alimentar nutricional, né? Num momento que era um momento onde a gente já podia ter uma identidade setorial, né? É diferente de 1999, no primeiro texto da PNAN, que você não tinha uma agenda organizada e a PNAN trouxe para si a responsabilidade de falar de direito a uma alimentação adequada e saudável, de falar de intersectorialidade, de trazer a perspectiva de condicionantes e determinantes da alimentação a partir de sistemas alimentares. Não era a situação de 2011, né? Em 2011 a gente já tinha um conjunto de marcos legais, normativos e políticos estabelecidos, que, na minha percepção, nos permitia assumir uma identidade setorial. Obviamente entendendo os princípios do SUS, que a gente vai estar compromissado com, né? Que ao assumir essa identidade, a gente não nega a intersectorialidade, não nega... né? E eu percebia que no CONASS e no CONASEMS tinha um pouco dessa reflexão, eu falando com os técnicos assim: “mas vem cá, para cá, para o SUS mesmo, o que a PNAN vai fazer? O que é o específico?”. Então eu acho que ela precisava intensificar esse aspecto, né? E aí, a partir disso, **um terceiro eixo importante, que é:**

então como é que a gente faz a PNAN ser uma ponte entre o SUS e o SISAN? (E15)

O novo texto da PNAN foi apresentado e discutido no Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde da CIT para receber o parecer dos consultores técnicos do CONASS e CONASEMS antes de ser encaminhada para pactuação em reunião da CIT. A nova versão da PNAN foi aprovada na 9ª Reunião Ordinária da CIT em 27 de outubro de 2011. A Portaria Ministerial N° 2.715 de 17 de novembro de 2011 homologa a atualização da PNAN.

Patrícia Jaime relata elementos importantes discutidos na reunião da CIT que aprovou a nova versão da PNAN:

Na reunião da tripartite que a gente aprovou o texto, e que foi muito bacana, porque a gente conseguiu chegar na Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional com a política aprovada, e que tinha sido uma das metas do PLANSAN, do plano de segurança alimentar e nutricional. Então a gente chega na conferência já com a primeira meta atingida. Teve uma fala muito forte do CONASS preocupado com a judicialização de saúde, né? Em especial ao que diz respeito ao acesso às terapias nutricionais e o custo das fórmulas alimentares, né? E aí um choque de realidade, né? Porque o texto da política... é que se eu comparo o texto da política, da PNAN, com o texto da PNAB, às vezes a PNAB é mais concreta, ela fala de parâmetros, né? O texto da PNAN é mais conceitual e tem uma questão mais abstrata, assim, mais diretrizes, né? Ele não é instrutivo operacional. E um gestor precisa... ele não quer só fazer comprometimento político da agenda, né? Então não sei se a gente conseguiu avançar muito nisso. Acho que a gente conseguiu avançar a partir de outros instrumentos, né? Posteriores à aprovação da política. Ela é menos plano de ação e ela é mais política mesmo. Algumas políticas têm uma cara de plano de ação, de implementação, né? Mas foi um choque de realidade aquilo, né? Assim: olha, não adianta falar de organização da atenção nutricional, esse conceito lindo, se não encarar o problema das necessidades alimentares especiais, se não encarar a questão do acesso e da regulação às fórmulas alimentares, à terapia nutricional, se não pensar os processos de educação permanente. Porque a política tem uma diretriz, “qualificação da força de trabalho”, né? Mas como é que você qualifica, como é que você dá concretude à qualificação da força de trabalho, pensando, por exemplo, no processo da judicialização da saúde em Alimentação e Nutrição? Então eu acho que foi muito interessante esse diálogo com CONASS e CONASEMS, porque permitiu que a gente avançasse, avançasse depois em aspectos mais concretos de implementação da política (E15)

A atualização da PNAN reafirmou o compromisso de cooperação e articulação do SUS para a SAN, mas reforçou o seu papel no SUS buscando apresentar de forma mais clara a articulação entre suas diretrizes e outras políticas e mecanismos de gestão do SUS. Desta forma, pode-se dizer que se trata de uma nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição para o setor saúde e não apenas uma edição revisada, pois apresenta propósito, princípios, diretrizes e responsabilidades institucionais diferentes daquela PNAN construída no final da década de 1990.

A nova PNAN tem por pressupostos os direitos à saúde e à alimentação e é orientada pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS, aos quais se somam os seguintes princípios: alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde; respeito à diversidade e à cultura alimentar; fortalecimento da autonomia dos indivíduos; determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição; e segurança alimentar e nutricional com soberania (BRASIL, 2012b).

O atual propósito da PNAN consiste na

melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2012b, p.21).

Para alcançar esse propósito, é apresentado um conjunto de diretrizes que consistem em orientações para se estabelecer planos e ações, sendo elas:

- a) Organização da Atenção Nutricional;
- b) Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;
- c) Vigilância Alimentar e Nutricional;
- d) Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição;
- e) Participação e Controle Social;
- f) Qualificação da Força de Trabalho;
- g) Controle e Regulação dos Alimentos;
- h) Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; e
- i) Cooperação e articulação para a SAN (BRASIL, 2012a).

O objetivo da primeira diretriz é apontar caminhos para a organização dos cuidados em alimentação e nutrição no SUS tendo os princípios da política como referências. As demais diretrizes tratam sobre aspectos necessários para a realização dos caminhos traçados na primeira diretriz (BRASIL, 2012a). A figura 1 sistematiza esse entendimento, além de

simbolizar que a diretriz 9 envolve a concretização de todas as demais para efetivar as contribuições do SUS para a SAN.⁷⁹

Figura 1 - Diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição



Fonte: acervo pessoal.

Na PNAN, foi definido o seguinte conceito para a Atenção Nutricional:

A Atenção Nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados (BRASIL, 2012b, p. 26).

Após 20 anos de criação do SUS, finalmente foi estabelecido um referencial sobre a Atenção Nutricional nesse sistema de saúde. A nosso ver, passarmos de uma diretriz de “prevenção e controle de distúrbios nutricionais” (BRASIL, 1999) para tratarmos sobre “cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos” (BRASIL, 2012b), não foi uma simples mudança de texto, mas um passo importante para registrar a intenção de organizar a atenção nutricional como parte do cuidado integral em saúde que o SUS pretende garantir,

⁷⁹ Produzimos esta figura em 2011 para a apresentação da PNAN em eventos institucionais realizados no final daquele ano. Desde então ela tem sido utilizada em apresentações e documentos da CGAN.

diferenciando-se da perspectiva da nutrição em saúde pública, que vigorou restrita apenas ao público biológica e socialmente vulnerável.

A publicação da nova PNAN delimita o final da trajetória institucional analisada neste estudo, ao mesmo tempo em que aponta para o início de uma nova trilha a ser explorada. Os capítulos produzidos até aqui tiveram como foco a narrativa da transição institucional da área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde a partir do conhecimento construído pela análise de documentos e entrevistas com informantes-chave.

O próximo capítulo trata-se de uma análise sobre as proposições da diretriz “organização da atenção nutricional” da nova PNAN. Ou seja, tem como foco as propostas para organização de práticas dos profissionais e gestores do SUS para a oferta de cuidados relativos à alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde. Assim, diferente dos capítulos anteriores que analisam períodos passados com base em documentos e entrevistas e em discussão com outros estudos já produzidos, o capítulo a seguir apresentará as perspectivas da pesquisadora sobre a concretização futura do que essa diretriz da PNAN propõe.

4 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA DIRETRIZ PARA MUDANÇA DE PRÁTICAS (SERÁ?)

Neste capítulo apresentarei uma descrição detalhada das proposições da ^{diretriz} “organização da atenção nutricional” da nova PNAN (BRASIL, 2012) e discut¹⁶⁶ perspectivas para sua concretização nos serviços de atenção à saúde do SUS.

As noções contidas no conceito de atenção nutricional sinalizam uma perspectiva sobre as práticas em alimentação e nutrição nos serviços de saúde enquanto parte da atenção integral à saúde que deve ser garantida a todos os sujeitos (indivíduos, famílias e comunidades) por meio de uma oferta humanizada de cuidados.

O texto da diretriz aponta elementos que convergem para o sentido da integralidade como modo de organizar os serviços e as práticas em saúde. Conforme explica Mattos (2001), nesse sentido, a integralidade requer que as equipes das unidades de saúde passem a pensar suas práticas sobretudo a partir do horizonte da população a que atendem e das suas necessidades. Com esse intuito, a diretriz sinaliza importantes aspectos para uma apreensão ampliada das necessidades da população: o reconhecimento dos indivíduos enquanto membros de famílias e comunidades, “sujeitos coletivos” que têm suas formas próprias de organização e necessidades distintas, assim como apresentam diferentes respostas a fatores que lhes possam afetar; a necessidade de considerar as especificidades de diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais, bem como as diferenças de gênero e de cada fase do curso da vida (BRASIL, 2012b).

Igualmente nesse intuito, a PNAN indica na sua primeira diretriz a importância de incluir no processo de territorialização, realizado pelas equipes de atenção básica,

[...] a identificação dos espaços de produção, comercialização e distribuição de alimentos, além dos costumes e tradições alimentares locais, entre outras características do território onde vive a população adscrita, que possam relacionar-se aos seus hábitos alimentares e estado nutricional (BRASIL, 2012b, p.27).

Assim, orienta-se que o processo de organização e gestão dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na RAS deverá ser iniciado pelo diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população adscrita aos serviços e equipes de atenção básica, mas, que esse diagnóstico deve ir além da utilização das informações epidemiológicas clássicas da vigilância alimentar e nutricional relacionadas ao estado nutricional e ao consumo alimentar. Ou seja, somente os dados registrados

nos sistemas de informação em saúde, como o SISVAN, não são capazes de captar as diversas dimensões da alimentação e nutrição nos territórios e nas vidas das pessoas.

Quanto à organização da atenção nutricional nos serviços de saúde, a diretriz da PNAN orienta que, no âmbito da AB, esta deverá dar respostas às demandas e necessidades de saúde do seu território, considerando as de maior frequência e relevância e observando critérios de risco e vulnerabilidade. E que, em se tratando do quadro epidemiológico do país, devem ser prioritárias as ações de prevenção e tratamento da obesidade, desnutrição, carências nutricionais específicas e doenças crônicas não transmissíveis.

Aqui observamos outro sentido da integralidade apontado por Mattos (2001), aquele que diz respeito às configurações de certas políticas específicas, desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional. Nesse sentido, o autor aponta que a integralidade deve estar expressa nas respostas do governo aos problemas de saúde por meio da incorporação tanto de possibilidades de prevenção como assistenciais.

No entanto, a partir dessa orientação para a organização da atenção nutricional nos serviços de saúde baseada em “frequência e relevância” e “critérios de risco e vulnerabilidade” a partir de um quadro epidemiológico, corre-se o risco de rompimento da integralidade, uma vez que, na definição de prioridades em torno dos piores indicadores, pode-se restringir a percepção das necessidades de saúde em vez de ampliá-las. E dessa forma, realizar ações sob uma perspectiva reducionista de enfrentamento do problema de saúde, como, por exemplo, focar apenas no controle de um parâmetro antropométrico ou bioquímico, desconsiderando que as práticas alimentares adequadas e saudáveis incluem os aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como o uso sustentável do meio ambiente (MATTOS, 2001).

A PNAN reconhece ainda como demanda para a atenção nutricional no SUS o cuidado aos indivíduos portadores de necessidades alimentares especiais, que são:

[...] as necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que cause mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral) (BRASIL, 2012b, p.74).

Diferente das outras demandas identificadas como prioritárias para a atenção nutricional, essa não foi identificada por estudos epidemiológicos. Trata-se de reconhecer reivindicações provenientes de grupos organizados atuantes em espaços de participação

social, como a Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) do CNS e o Consea. As demandas desses grupos foram expressas no relatório final do Seminário Alimentação e Nutrição no SUS - PNAN 10 anos (BRASIL, 2010b).

Com relação à oferta humanizada de cuidados, a PNAN já anuncia entre seus princípios a alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde:

A alimentação expressa as relações sociais, valores e história do indivíduo e dos grupos populacionais e tem implicações diretas na saúde e na qualidade de vida. A abordagem relacional da alimentação e nutrição contribui para o conjunto de práticas ofertadas pelo setor saúde, na valorização do ser humano, para além da condição biológica e o reconhecimento de sua centralidade no processo de produção de saúde (BRASIL, 2012b, p. 22).

E na diretriz sobre organização da Atenção Nutricional adota diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2004c), que se traduzem como valores e atitudes a serem incorporados nas práticas de saúde, que podem repercutir positivamente sobre a oferta de cuidados em alimentação e nutrição no SUS: o acolhimento e a clínica ampliada. Vale indicar que a perspectiva da PNH também repercutiu sobre a escolha conceitual acerca da atenção nutricional como um conjunto de “cuidados relativos à alimentação e nutrição” em vez de “programas e ações de alimentação e nutrição”.

A partir dos referenciais da Segurança Alimentar e Nutricional, foi construída no Brasil a concepção de “alimentação adequada e saudável” como a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Ou seja, alimentação adequada e saudável é muito mais do que a ingestão de nutrientes. Assim, as práticas de cuidado relativas à alimentação e nutrição não podem ser referenciadas apenas por critérios fisiopatológicos (como padrões antropométricos, de ingestão de nutrientes, de taxas metabólicas, entre outros), mas precisam necessariamente considerar a singularidade do sujeito e a complexidade do seu processo saúde-doença e como a alimentação faz parte dele. É nesse intuito que o acolhimento e a clínica ampliada agregam valores e atitudes importantes para a atenção nutricional no SUS.

O acolhimento, enquanto escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, pode contribuir para a identificação da alimentação e nutrição como determinantes do processo saúde-doença e reconhecer a subjetividade do comportamento alimentar.

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo

a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva (BRASIL, 2013, p. 6).

Nessa perspectiva, a PNAN sinaliza que “as práticas e processos de acolhimento precisam considerar a alimentação e nutrição como determinantes de saúde e levar em conta a subjetividade do comportamento alimentar” (BRASIL, 2012b, p. 28). Essas concepções precisam ser disseminadas entre os trabalhadores para que possam exercitar uma escuta qualificada das necessidades dos usuários e proporcionar a melhor oferta de cuidado, garantindo o acesso oportuno às tecnologias mais apropriadas em cada caso.

Conhecer os sentidos da alimentação nos modos de vida dos indivíduos e do grupo de que fazem parte torna-se fundamental para a conformação humanizada das práticas de cuidado em alimentação e nutrição quando compreendemos o termo “cuidado” como proposto por Ayres (2004, p. 22): a “designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”.

A referência à clínica ampliada é feita na PNAN no escopo da orientação quanto ao trabalho em equipe multiprofissional na atenção básica e o processo de matriciamento por profissionais da área de alimentação e nutrição. A clínica ampliada refere-se a uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde-doença. Assim, trata-se de enfrentar a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. Para isso, é fundamental a qualificação do diálogo entre os profissionais de saúde envolvidos no cuidado, bem como do diálogo destes com o usuário, de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS (BRASIL, 2009b).

Corroborando com essa direção, a PNAN aponta que na organização da atenção nutricional “devem ser consideradas outras racionalidades terapêuticas, possibilitando a incorporação das práticas integrativas e complementares nos cuidados relativos à alimentação e nutrição no SUS” (BRASIL, 2012b, p. 28).

As práticas integrativas e complementares (PICS), também denominadas de “medicina tradicional e complementar/alternativa”, contemplam “sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos” que compartilham da visão ampliada do processo saúde-doença e

buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006b, p. 10).

Com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), foram institucionalizados no SUS a homeopatia, as plantas medicinais e fitoterápicas, a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a medicina antroposófica e o termalismo social-crenoterapia (BRASIL, 2006b). Mais recentemente, foram incluídas as práticas de arteterapia, meditação, musicoterapia, tratamento naturopático, tratamento osteopático, tratamento quiroprático e *Reiki* (BRASIL, 2017).

Navolar, Tesser e Azevedo (2012), ao discutirem as PICS no campo da nutrição, designam como “Nutrição Complementar Integrada” a combinação de duas categorias de abordagens: os modelos alimentares, que incluem aquelas vinculadas a práticas tradicionais ou derivadas de racionalidades médicas; e as correntes alimentares, que abarcam as tendências estruturadas de alimentação que não apresentam um vínculo a alguma religião, sistema tradicional ou racionalidade médica. Essas abordagens incluem: a alimentação ayurvédica, alimentação na medicina tradicional chinesa, macrobiótica, alimentação antroposófica, fitoterapia/plantas medicinais, vegetarianismo e alimentação viva.

A perspectiva da atenção nutricional no SUS expressa na PNAN esbarra com o grande desafio de superar a fragmentação do cuidado em saúde e seu foco estritamente biológico, segundo o qual o usuário do serviço de saúde é tratado como objeto de intervenções, e não como sujeito de sua própria vida. A disputa corporativa dos profissionais em torno do saber-poder sobre as partes dos corpos e da vida dos usuários impede a construção de uma equipe interdisciplinar que deveria ter como objetivo principal a defesa da vida (MERHY, 2013).

A alimentação não é uma atividade puramente biológica. A comida simboliza o contato diário com a vida, e os hábitos alimentares produzidos historicamente se transformam em hábitos culturais que integram o modo de viver a vida de um povo ou grupo social (POLLAN, 2008; ROTENBERG; VARGAS, 2004; GÓES, 2008). Desta forma, as práticas de cuidado relativas à alimentação e nutrição não podem ser referenciadas apenas por critérios fisiopatológicos (como padrões antropométricos, de ingestão de nutrientes, de taxas metabólicas, entre outros), mas precisam necessariamente ser permeadas pela dimensão não técnica que se relaciona à sensibilidade e percepção ao projeto de vida das pessoas e de como a alimentação faz parte dele (AYRES, 2001; AYRES, 2004).

No entanto, como aponta Pacheco (2008), a chamada Ciência da Nutrição, que está no centro da formação e atuação do profissional nutricionista, assim como perpassa em diferentes graus a formação e atuação de outros profissionais de saúde,

ao focar prioritariamente os aspectos nutricionais-sanitários dos alimentos e os processos metabólicos corporais nos níveis fisiológico e patológico, reduz a compreensão sobre o papel que a alimentação exerce na satisfação de determinadas necessidades da sociedade. (p. 220)

Essa percepção vai ao encontro do que Pollan (2008) chama de como “nutricionismo”, ideologia da supervalorização do nutriente como a chave para se entender o alimento, e conseqüentemente da necessidade da ajuda de especialistas para encontrar a “salvação alimentar” diante da invisibilidade e mistério dos nutrientes.

Navolar, Tesser e Azevedo (2012) corroboram com essa visão ao enfatizarem que a inserção da Ciência da Nutrição no modelo biologicista, cujo foco é a doença e o risco, faz com que parte das práticas de saúde respaldadas por essa ciência sejam de caráter interventivo e restritivo. Exemplo disso são as prescrições dietéticas baseadas apenas nas características biológicas dos indivíduos, que determinam “normas de comer” que frequentemente produzem culpabilização por estes não conseguirem segui-las.

Considerando que a alimentação é mais do que a ingestão de nutrientes, incluindo as dimensões culturais e sociais das práticas alimentares, e que a atenção nutricional ofertada no SUS deve fazer parte de um conjunto integrado de cuidados que visem à conformação de uma rede de atenção à saúde resolutiva e humanizada, compreende-se a necessidade latente de superar a hegemonia do modelo biomédico ainda fortemente presente nas práticas em alimentação e nutrição. No chamado atendimento clínico em nutrição e na prescrição dietética decorrente dele, definidos como prática privativa do nutricionista, bem como nas práticas dos demais profissionais de saúde, por exemplo, nas atividades de “educação em saúde”, para indivíduos ou coletividades, que focam predominantemente os aspectos nutricionais dos alimentos e sua relação com a prevenção ou tratamento de doenças.

Ainda na sua primeira diretriz, a PNAN sinaliza que a atenção nutricional ocorre em outros pontos da rede de atenção à saúde, além da atenção básica:

Atenção nutricional nos demais pontos da RAS deve ser realizada dentro de uma rede integrada de cuidados de forma transversal a outras políticas específicas e com a participação de equipes multidisciplinares, respeitando-se as atividades particulares dos profissionais que as compõem, assim como na Atenção Básica (BRASIL, 2012b, p. 29-30).

A diretriz aponta brevemente a necessidade de organizar a atenção nutricional nos demais pontos da RAS, indicando: a transversalidade da atenção nutricional com relação a outras políticas específicas; a participação de equipes multidisciplinares em sua oferta; a necessidade de elaboração de protocolos, manuais e normas técnicas, incluindo a

normatização de critérios para o acesso a alimentos para fins especiais, de modo a promover a equidade e a regulação do acesso a esses produtos; a interação do acompanhamento clínico e nutricional com os serviços de produção de refeições e de terapia nutricional nos hospitais; e a importância de que a RAS seja uma rede de apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável (BRASIL, 2012a).

O pouco desenvolvimento dessa questão no texto da política é compatível com a ausência da discussão sobre a alimentação e nutrição no âmbito hospitalar ou ambulatorial especializado, que observamos na trajetória estudada. Essa preocupação não fez parte das políticas de alimentação e nutrição anteriormente. Logo, é de se esperar que os sujeitos que atuam nesses serviços de saúde não tenham participado do processo de revisão da PNAN e tampouco podemos esperar que aqueles que operam no SUS com uma perspectiva ainda restrita da responsabilidade desse sistema, como uma continuação da saúde pública, se preocupem com tais questões.

A atenção nutricional pode ser ofertada de diferentes modos nos serviços de saúde, a depender de uma série de fatores, entre eles: a função do serviço na RAS (Atenção básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar, urgência e emergência, atenção domiciliar etc.), o perfil dos usuários atendidos (fase do curso da vida, estado de saúde, situação socioeconômica, empoderamento sobre sua saúde, subjetividades do comportamento alimentar), os saberes e práticas dos profissionais envolvidos, as tecnologias de cuidado empregadas, a articulação com outros setores, as tensões entre o modelo biomédico e a perspectiva da atenção integral à saúde, entre outros.

Contudo, ainda é pequena a produção técnica e indução político-institucional do Ministério da Saúde para a organização e qualificação da atenção nutricional nos demais pontos da RAS frente às mudanças de práticas que precisam ser empreendidas para garantir uma atenção integral, resolutiva e humanizada. As resoluções provenientes dos órgãos de vigilância sanitária (destinadas aos serviços de produção de refeições e lactários no nível hospitalar, por exemplo), as normativas acerca de critérios de habilitação e credenciamento de estabelecimentos para oferta de procedimentos (como a terapia nutricional enteral e parenteral e a cirurgia bariátrica) e as diretrizes para organização de linhas de cuidado não são suficientes para fomentar as mudanças necessárias nas práticas de cuidado.

No ambiente hospitalar, onde os indivíduos permanecem temporariamente, em especial devido à fase aguda de alguma doença ou agravo, sua alimentação cotidiana é substituída pela produzida no hospital, cuja prescrição, produção e oferta são controladas visando à mais rápida recuperação e alta dos mesmos. Mas, frequentemente, apresenta pouca

variedade, não possui identificação com a história alimentar dos sujeitos e não considera seus sentimentos ou até mesmo os sintomas apresentados em decorrência do agravo, podendo levar à desnutrição (DIEZ-GARCIA; PADILHA; SANCHES, 2012; PEDROSO *et al.*, 2011).

A condição aguda em que os indivíduos se encontram, a fragilidade causada pela doença e/ou agravo e o afastamento do ambiente familiar requerem uma atenção maior da equipe de saúde do hospital a esse indivíduo. No entanto, nota-se que prevalece a visão de que os sujeitos institucionalizados é que devem se adequar às necessidades do serviço, e não o contrário, “justificad[a] pela limitação de seus conhecimentos e supervalorizando a decisão profissional sobre a alimentação” (DIEZ-GARCIA; PADILHA; SANCHES, 2012, p. 477). Dessa forma, no ambiente hospitalar, o indivíduo tem sua autonomia alimentar restrita às ofertas e rotinas do serviço, o que pode interferir sobre a sua saúde e recuperação.

A individualização da dieta nesse espaço é vista como um aspecto desafiador pelos profissionais envolvidos na produção das refeições, havendo dificuldade de incluir o usuário no processo produtivo. Faz-se necessário que os diferentes profissionais envolvidos com o cuidado em alimentação e nutrição se sintam parte dele, sejam os nutricionistas ou os profissionais de outros núcleos de conhecimento e práticas, tais como médicos, enfermeiros ou copeiras, exigindo, na formação e educação permanente, o desenvolvimento de habilidade para o exercício da interdisciplinaridade (PEDROSO; SOUSA; SALLES, 2011). Sobre a divisão do trabalho entre os “nutricionistas da clínica” e “nutricionistas da produção de refeições” no âmbito hospitalar, Pedroso, Sousa e Salles (2011, p. 1161) ressaltam que “as duas formas de atuação são interdependentes, pois considerá-las de forma isolada seria reduzir a complexidade do cuidado ao paciente, que deve considerar a comida em seus aspectos simbólicos e sensoriais”.

Diez-Garcia, Padilha e Sanches (2012, p. 477) identificaram estudos que “reivindicam uma visão mais flexível e humanística da alimentação hospitalar e a entendem como um aspecto mais amplo do que propriamente atender às necessidades biológicas”. Como meios para o estabelecimento de melhorias na qualidade dietética e sensorial da alimentação hospitalar, as autoras sugerem: cozinhas experimentais com a valorização dos aspectos culinários, a realização de testes de degustação, estratégias de envolvimento do paciente e de funcionários, horários adaptáveis de refeições, refeitórios de pacientes, entre outros. Essas ações podem não ser fáceis de serem implementadas, já que demandam mudanças nas rotinas e protocolos adotados pelo serviço de saúde. No entanto, os gestores e profissionais atuantes nesses serviços devem constantemente buscar soluções viáveis para tentar garantir o bem-estar dos indivíduos hospitalizados.

Nos serviços ambulatoriais especializados (como centros de referência em diabetes, em doença renal crônica, Aids, entre outros, localizados dentro de hospitais ou policlínicas, por exemplo), o foco no tratamento de doenças específicas, cujo principal (ou até o único) objetivo seja melhorar apenas os processos metabólicos corporais e o distanciamento do contexto sociocultural dos usuários desses serviços, pode corroborar para que a atenção nutricional assuma forte caráter interventivo e restritivo.

Assim como nos outros serviços da RAS citados acima, é igualmente necessário que os cuidados em alimentação e nutrição ofertados pelos profissionais nos serviços ambulatoriais especializados articulem as dimensões biológica, social e cultural da alimentação. Nesse sentido, a articulação com a equipe de referência da atenção básica pode auxiliar na compreensão das condições de vida do usuário e na construção de um projeto terapêutico compartilhado e mais efetivo.

Diante do exposto, compreendemos que as propostas de transformações de práticas postas pela perspectiva da atenção nutricional no SUS superam aquelas pensadas tradicionalmente nas antigas práticas rotuladas como de “Nutrição em Saúde Pública”.

A atenção nutricional no SUS demanda uma ampla articulação de saberes provenientes dos chamados campos de conhecimento (ciências biológicas, ciências sociais e humanas, saberes tradicionais, entre outros), bem como do que Prado (2013) chama de núcleos de saberes que conformam o campo da alimentação e nutrição, para superar os fatores envolvidos na “crise das práticas nutricionais em saúde-doença-cuidado”, indicados por Demétrio:

[...] a noção reducionista do ser humano; a hipervalorização da visão técnica e fragmentada no entendimento da interação ser humano e alimento/alimentação; a normalização da dieta e dos indivíduos (a dieta normal, o corpo médio ou normal...); o estabelecimento de protocolos nutricionais padrões; a naturalização de demandas e determinação monocausal dos problemas nutricionais e de saúde; o distanciamento na relação nutricionista-paciente; a desvalorização de outras modalidades dietoterapêuticas; a responsabilização e culpabilização dos indivíduos pelo problema nutricional/saúde e não adesão às dietoterapias; e enfoque predominantemente curativo, inclusive na prevenção de doenças, tendo em vista que tem havido um apagamento da distinção prevenção e cura no manejo dos riscos como se fossem doenças (DEMÉTRIO, 2011, p. 182-183).

A primeira diretriz da PNAN define que os cuidados relativos à alimentação e nutrição para promoção e proteção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos devem contribuir para uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados. Ao analisar se as

orientações dessa diretriz convergem para a integralidade do cuidado em saúde, identificamos ambivalências no seu texto.

Consideramos como premissas da integralidade a apreensão ampliada das necessidades de saúde dos sujeitos e a dimensão dialógica entre os profissionais dos serviços de saúde e esses sujeitos. Assim, numa perspectiva favorável à integralidade há orientações acerca da consideração das singularidades dos sujeitos e dos seus modos de vida nas práticas de cuidado:

- a. Iniciar o processo de organização e gestão dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na RAS pelo diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população adstrita aos serviços e equipes de atenção básica devido à sua capilaridade e capacidade de identificação das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade;
- b. Incluir no processo de territorialização realizado pelas equipes de AB a identificação dos espaços de produção, comercialização e distribuição de alimentos, além dos costumes e tradições alimentares locais, entre outras características do território onde vive a população adstrita, que possam se relacionar aos seus hábitos alimentares e estado nutricional. Ou seja, ir além da análise dos indicadores epidemiológicos clássicos da vigilância alimentar e nutricional para captar as diversas dimensões da alimentação e nutrição nos territórios;
- c. Reconhecer os indivíduos enquanto membros de famílias e comunidades, “sujeitos coletivos” que têm suas formas próprias de organização e necessidades distintas, assim como apresentam diferentes respostas a fatores que lhes possam afetar;
- d. Considerar as especificidades de diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais, assim como as diferenças de gênero e de cada fase do curso da vida;
- e. Considerar, no acolhimento, enquanto escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, a alimentação e nutrição como determinantes de saúde e levar em conta a subjetividade do comportamento alimentar.

No entanto, há orientação sobre priorizar as demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância na organização dos serviços, o que pode restringir a percepção

das necessidades em torno dos piores indicadores no lugar de ampliá-la, pondo em risco a integralidade. Na perspectiva das políticas e dos programas, talvez precisemos rever de modo mais radical aqueles que reduzem sujeitos a objetos de intervenção voltados para a normalização de um parâmetro biomédico, descuidando dos diferentes modos de andar a vida desses sujeitos, tanto em suas singularidades quanto nas determinações sociais desses modos.

Nesse sentido, por exemplo, pensar estratégias para lidar com o crescimento da obesidade na população brasileira, tendo a integralidade do cuidado como premissa, demanda apreender o conjunto das necessidades de saúde das pessoas que sofrem com o excesso de peso e não somente ocupar-se de ações para controle do seu índice de massa corporal (IMC). Da mesma forma, não se pode restringir a ação do serviço de saúde frente ao problema das carências nutricionais específicas à administração de suplementos profiláticos, pois isso tende a produzir práticas pontuais descontextualizadas dos modos de vida das pessoas e desarticuladas das demais ofertas de cuidado à saúde.

Ao pensar as práticas dos profissionais de saúde na perspectiva de uma atenção nutricional que contribua para a integralidade do cuidado, é necessário reconhecer duas questões importantes:

- I. Que a alimentação adequada e saudável não depende unicamente da escolha individual, uma vez que diversos fatores podem incidir positiva ou negativamente sobre o consumo alimentar, como a disponibilidade e o acesso aos alimentos no território onde as pessoas vivem e trabalham (seu ambiente alimentar), sua renda, acesso a informações, exposição à publicidade abusiva, entre outras. Assim, os profissionais de saúde precisam ter um olhar ampliado sobre todos esses aspectos na realização da atenção nutricional a indivíduos, famílias e comunidades, evitando culpabilizá-los pelos problemas alimentares que possuem. A partir disso, pode ser possível construir estratégias de cuidado contextualizadas, que façam sentido e possam repercutir em resultados positivos para as pessoas, seja no âmbito da promoção da saúde ou da prevenção, tratamento e reabilitação de doenças ou agravos;
- II. Que as melhores estratégias de cuidado se fazem em conjunto, com participação ativa dos sujeitos que demandam os cuidados nos serviços de saúde, em colaboração com os outros profissionais de saúde também responsáveis pelo cuidado, e por vezes com os cuidadores, familiares e rede de apoio social dos sujeitos. Desta forma, saímos da ideia de que à priori o melhor cuidado ao se tratar de alimentação e nutrição seria a prescrição dietética, que partiria somente do conhecimento de um profissional específico sobre o que é melhor para a alimentação e nutrição do outro, para a

construção conjunta de planos e estratégias alimentares que considerem os diferentes saberes acerca da alimentação e nutrição, sobretudo o conhecimento dos próprios sujeitos.

Estas questões remetem a perspectiva da clínica ampliada, já mencionada anteriormente. Uma clínica ampliada que não apenas responda aos estreitamentos da vida produzidos pelas doenças, mas também enfrente a questão das possibilidades de prevenção de estreitamentos futuros. Trata-se do enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

Para isso é fundamental a qualificação do diálogo entre os profissionais de saúde envolvidos no cuidado, bem como do diálogo destes com o usuário, de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS. Isto porque, o objetivo final não pode ser nem o controle de parâmetros biomédicos isolados, nem a adesão a um padrão de vida saudável definido a priori pelos profissionais de saúde, e sim um modo de viver mais feliz, mais leve, mais autônomo pelas pessoas.

Os desafios para concretizar as proposições da diretriz de organização da atenção nutricional no SUS não estão apenas no cotidiano dos serviços de saúde, na relação entre profissionais e usuários destes serviços. Estão também no âmbito da gestão da PNAN nas três esferas de governo.

Mesmo após quase 30 anos de criação do SUS e 20 anos da primeira PNAN, a União, os estados e os municípios ainda seguem com dificuldades para concretizar uma relação interfederativa para a gestão do sistema de saúde em que a autonomia dos entes federados e a corresponsabilidade entre eles caminhem juntas para garantir o direito à saúde de todos os cidadãos brasileiros.

No tocante à gestão da PNAN em âmbito federal, ao final deste trabalho compreendo que os dois movimentos que percebi na CGAN (e citei na introdução desta tese) são complementares. Manter a centralização da gestão de alguns programas parece ser fundamental para a estabilidade institucional da área no Ministério da Saúde no que tange a garantia de recursos financeiros, espaço físico, equipe técnica (inclusive cargos comissionados) e participação em espaços de decisão. Em outras palavras, é preciso ter logomarca, slogan e indicadores em cada governo. E é talvez nesse sentido que o modelo verticalizado de relação com as áreas técnicas de alimentação e nutrição de secretarias estaduais e municipais de saúde, instituído pelo INAN, ainda seja empregado em sua essência pela CGAN, mesmo que com alterações nos objetos e operacionalização dos programas.

Por outro lado, essa estabilidade institucional permite investir em novas práticas de gestão, como experimentar a construção compartilhada com profissionais dos serviços de saúde de estratégias e ações para responder às novas demandas relacionadas à atenção nutricional no SUS.

Também é um desafio para a CGAN fazer a gestão da nova PNAN a partir do lócus institucional da Atenção Básica no Ministério da Saúde, uma vez que a organização da atenção nutricional prevê a oferta de cuidados em diferentes pontos da rede de Atenção à Saúde e não somente nas Unidades Básicas. A articulação e cooperação com as áreas gestoras da atenção especializada exige maior capacidade técnica e política, além do apoio e da autorização hierárquica para tal, uma vez que a CGAN está no nível mais baixo da estrutura organizacional do Ministério da Saúde.

É mediante o exposto que questionamos nesse capítulo se a diretriz de organização da atenção nutricional da PNAN será de fato uma diretriz para mudança de práticas. Ela expressa intencionalidades de diferentes actantes (inclusive as nossas) ao mesmo tempo em que se torna um actante não humano que pode provocar movimentos e ações de outros actantes ou intermediários. As associações ocorridas após a publicação da PNAN em 2011 e seus efeitos sobre a implementação de suas diretrizes são questões que precisam ser exploradas em um novo estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste estudo foi analisar a trajetória institucional da área gestora dos programas e políticas de alimentação e nutrição no Ministério da Saúde, buscando identificar possíveis avanços, resistências e impasses para a organização da Atenção Nutricional no SUS a partir da gestão federal. Para tanto, apostamos na produção de um “relato ator-rede” a partir do mapeamento de actantes e suas associações para discutir os seus efeitos sobre a trajetória em questão.

Ao contrário das narrativas que simplesmente sistematizam e transportam os acontecimentos para um texto, nosso intuito foi tecer redes a partir de rastros deixados pelos actantes, identificando possíveis alianças, fluxos e mediações, bem como suas repercussões no período da trajetória analisada. E também, tornar nosso relato um possível mediador de novas associações no atual contexto.

Assim, ao descortinar a trajetória da área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde, mostrou-se que, tal como outras instituições do Estado, não se trata de algo permanente. Ou seja, a instituição não “é”, mas ela “vai sendo” diante de inflexões, atravessamentos e mudanças, que permitem que determinadas pessoas - e não outras - acessem certos lugares de onde definem o caminhar das instituições e propõem ações e normas a partir delas.

O objeto deste estudo é permeado pelas mudanças de governo no âmbito federal e suas repercussões na organização das instituições do Estado, entre elas o Ministério da Saúde. Mas, não só pelas mudanças de governo, é permeado também pelas mudanças de concepções e de ideias dos sujeitos que ocupam essas instituições e agem sobre elas e a partir delas.

A análise dessa longa trajetória nos mostra que as contingências políticas são fortes determinantes da movimentação de sujeitos nas instituições e de suas produções a partir delas. Essas contingências ora alargam as condições de possibilidade de ação, ora restringem, alteram ou paralisam as ações. Por isso, colocamos em dúvida se a diretriz de organização da atenção nutricional da nova PNAN será mesmo uma diretriz para mudança de práticas.

Na trajetória destacam-se as diferentes concepções acerca das soluções técnico-políticas mais adequadas para o enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais da população brasileira e que arranjo institucional promoveria o melhor desempenho de políticas públicas para este fim.

Como vimos, a centralização da gestão de todas as políticas e programas de alimentação e nutrição em um único órgão federal não foi bem sucedida desde o final da década de 1940 culminando com a extinção do INAN em 1997.

Ao lado disso, o modo operativo centralizado e focalizado do INAN, parece ter contribuído para que os programas de alimentação e nutrição no âmbito do setor saúde andassem em paralelo ao SUS, não havendo a organização de uma proposta do INAN condizente com os propósitos do novo sistema de saúde, mas a perpetuação da mesma nutrição em saúde pública proposta no PRONAN II.

No período pós-INAN, viu-se uma sucessão de pelejas e proezas em busca da estabilidade institucional para uma área de alimentação e nutrição dentro do Ministério da Saúde. Se nos últimos anos do INAN existia uma espécie de “aboio” pelo triste destino das políticas de alimentação e nutrição no Brasil, nos anos seguintes viu-se uma crescente reviravolta com a institucionalização de uma Área Técnica e uma Política Nacional de Alimentação e Nutrição no setor saúde, seguida da institucionalização de uma política e um sistema intersetorial de segurança alimentar e nutricional na primeira década dos anos 2000, que eram almejados desde o final da década de 1980.

Após pouco mais de 20 anos da criação do SUS, em 2011 uma nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição apresenta um referencial sobre a Atenção Nutricional nesse sistema de saúde. O que consideramos um passo importante para registrar a intenção de organizar a atenção nutricional como parte do cuidado integral em saúde que o SUS pretende garantir, diferenciando-se da perspectiva da nutrição em saúde pública, que vigorou restrita apenas ao público biológica e socialmente vulnerável.

É necessário analisar quais condições a CGAN vem tendo após a publicação da nova PNAN para agir no âmbito do Governo Federal, tanto na gestão do SUS quanto na gestão do SISAN, em prol da realização das intencionalidades apresentadas na diretriz de organização da atenção nutricional. Faz-se igualmente necessário analisar se as suas produções para normatizar, orientar e apoiar as práticas relacionadas à alimentação e nutrição nos serviços de saúde, desenvolvidas após 2011, corroboram para que profissionais e gestores do SUS possam experimentar na prática a produção de cuidado integral em saúde.

O término deste estudo coincide com o aniversário de 20 anos da primeira versão da PNAN e para fechar minhas conclusões busquei escapar das fôrmas e padrões do mundo acadêmico, e atrevi-me a escrever em forma de cordel. Mas, sem preocupação com o julgamento dos poetas cordelistas, os especialistas nessa arte. Assim, eu não me ative a

respeitar a métrica dos versos e misturei sextilhas, oitavas, décimas e quadras. E por vezes troquei a ordem da rima dos versos pares pela rima dos ímpares.

Vou findar minha narrativa contando algo que eu imaginei realizar
 Numa grande festa de comemoração dos 20 anos da PNAN
 Poder um recado a todos os convidados passar

Para garantir a atenção integral à saúde da nossa gente
 Os cuidados em alimentação e nutrição não devem faltar
 Mas, estes não podem deixar de considerar
 Tanto o coletivo quanto o singular
 Não devendo agir para enquadrar todo mundo no mesmo lugar
 Seja de IMC ou de hábito alimentar

Que pela taxaço do refrigerante, pela rotulagem adequada
 Ou pela regulaco da publicidade de alimentos devemos pelear
 Mas, lembrando que do nosso dever também com o tratamento,
 A reabilitação e a reduço de danos não podemos nos esquivar

Que a garantia do Cuidado que muitos indivíduos demandam em cada lugar
 Dessa grande rede SUS que a todos os brasileiros tenta abraçar
 Seja o foco de quem na gestão ou na assistência decidiu trabalhar

Que nosso objetivo final
 Não seja nem o controle de parâmetros biomédicos isolados
 Nem a adesão a um padrão de vida saudável
 Definidos a priori por pesquisadores sabidos habitantes de um altar

Que a atenção nutricional no SUS possa a clínica ampliada integrar
 Prevenindo ou respondendo aos estreitamentos da vida
 Ajudando as pessoas no seu caminhar
 E pela fusão de horizontes um modo de viver mais feliz buscar concretizar

Vou terminando por aqui e somente quero lembrar
 Que na produção de narrativas uma única verdade não há
 Ao seguir uma trilha novas reflexões foi o que eu quis encorajar
 E hoje almejo humildemente que minha versão de repente
 Possa ajudar a questionar
 A organização da atenção nutricional no SUS que aí está.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Congresso Brasileiro de Nutrição, 12., 2018, Rio de Janeiro. *Temas para envio de resumos*. Disponível em: <http://www.saudecoletiva.org.br/trabalhos/index.php#topo>. Acesso em: 10 fev 2019.

ASBRAN – Associação Brasileira de Nutrição. Anais do XX CONBRAN. Rasbran - Revista da Associação Brasileira de Nutrição - ano 1 nº 1 abr/mai/jun 2008.

_____. Anais do XXI CONBRAN. Rasbran - Revista da Associação Brasileira de Nutrição – ano 3 nº 4 maio de 2010.

_____. Anais do XXII CONBRAN. Rasbran - Revista da Associação Brasileira de Nutrição – ano 4 nº 6 julho-dezembro 2012.

_____. Anais do XXIII CONBRAN. Rasbran - Revista da Associação Brasileira de Nutrição – ANO 6 nº 2 2014.

_____. Anais do XXIV CONBRAN. Rasbran - Revista da Associação Brasileira de Nutrição – Ano 7 nº 1 2016.

_____. Anais do XXV CONBRAN. Rasbran - Revista da Associação Brasileira de Nutrição – ano 9 nº 2 Jul-Dez 2018.

ACURCIO, F. A. *Evolução histórica das Políticas de Saúde no Brasil*. Nescom: biblioteca virtual. s/d. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0243.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019

AMORIM, H. R. Em tempos de guerra: Josué de Castro e as políticas públicas de alimentação no Estado Novo. *CLIO: Revista de Pesquisa Histórica – CLIO (Recife)*, n. 35, p. 51-75, jan./jun. 2017.

ARRUDA, B. K. G.; ARRUDA, I. K. G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 7, n. 3, p. 319-326, jul./set., 2007

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BAPTISTA, T.W.F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M. (Org.). *Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 29-60.

BARBOSA, G. U. *Entre o dito e o feito: as contradições da Aliança para o Progresso*. 2008. 123 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2008.

BARBOSA, I. *A Governamentalidade e o Desenvolvimento Internacional: Um estudo de caso do Acordo do Nordeste de 1962*. 2010. 92 f. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BARROS, M. S. C.; TARTAGLIA, J. C. A política de alimentação e nutrição no Brasil: breve histórico, avaliação e perspectivas. *Alim. Nutr.*, Araraquara, v. 14, n. 1, p. 109-121, 2003.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. Ivan Beghin: um legado à nutrição e à saúde pública. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 15, n. 2, p. 235-236 abr./ jun. 2015.

BATISTA FILHO, M; BARBOSA, N.P. *Alimentação e Nutrição no Brasil 1974-1984*. Ministério da Saúde: Brasília, 1984.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BIZZO, M.L.G. *Agências internacionais e agenda local: atores e ideias na interlocução entre nutrição e país (1932-1964)*. [Tese de Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2012, 399p.

BOSI, MLM. *A face oculta da nutrição: ciência e ideologia*. Rio de Janeiro: Ed. Espaço e Tempo e Ed. UFRJ, 1988.

BOSI, M. L. M.; PRADO, S. D. Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: constituição, contornos e estatuto científico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 7-17, 2011.

BRASIL, S. Serra lança com FHC o Bolsa-Alimentação. *Folha de São Paulo*, 2001. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc0309200114.htm>>. Acesso em: 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde/Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. *Relatório Final do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS: PNAN 10 anos*. Brasília, 2010a. Relatório. Mimeografado.

_____. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: Proposições do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional para sua elaboração*. Brasília, 2009a. Mimeografado. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/eventos/plenarias/documentos/2009/proposicoes-do->

[conselho-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional-para-elaboracao-da-politica-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional-08.2009](#) . Acesso em: 15 out. 2018.

_____. Decreto nº 3.934, de 20 de setembro de 2001. Aprova o Regulamento do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Saúde: “Bolsa-Alimentação” e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set. 2001. Seção 1, p. 3*

_____. Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953. Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde, criado pela Lei de nº 1.920, de 25 de julho de 1953, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 nov. 1953. Seção 1, p. 19803.*

_____. Decreto-Lei nº 2.478, de 5 de agosto de 1940. Cria o Serviço de Alimentação da Previdência Social (S.A.P.S.) no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 ago. 1940. Seção 1, p. 15173.*

_____. Decreto-Lei nº 7.328, de 17 de fevereiro de 1945. Cria, no Conselho Federal de Comércio Exterior, a Comissão Nacional de Alimentação, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 fev. 1945. Seção 1, p. 2705.*

_____. *Documento-base de subsídio do Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição no SUS*. Brasília: 2010f. 31p. Acesso em setembro de 2011. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/docs/geral/documentobase_semi_estadual.pdf. Acesso em: 21 mai. 2019

_____. *Estrutura regimental do Ministério da Saúde*: Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 162 p.

_____. Lei nº 3.750, de 4 de novembro de 1960. Autoriza o Poder Executivo a transformar em Fundação o Serviço Especial de Saúde Pública, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 abr. 1960*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/LEIS/1950-1969/L3750.htm. Acesso em: 21 mai. 2019

_____. Lei nº 5.829, de 30 de novembro de 1972. Cria o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 dez. 1972. Seção 1, p. 10721*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1970-1979/L5829.htm. Acesso em: 21 mai. 2019.

_____. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário*

Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jan. 1999. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9782.htm. Acesso em: 21 mai. 2019.

_____. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Seção 1, p. 5.

_____. Ministério da Fazenda. Lei nº 970, de 16 de dezembro de 1949. Dispõe sobre as atribuições, organização e funcionamento do Conselho Nacional de Economia – CNE. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 dez. 1949. Seção 1, p. 17513. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1930-1949/L0970.htm. Acesso em: 21 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.965, de 14 de dezembro de 2010. Aprova os Regimentos Internos dos Órgãos do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 dez. 2010, nº 239, Seção 1, p. 82

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO; Orientações Operacionais para o Programa de Nutrição em Saúde – PNS: Documento Técnico INAN 01/75. Brasília, outubro de 1975. 83p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO; Programa de Nutrição em Saúde – PNS: Documento Técnico INAN 09/76. Brasília, outubro de 1976a. 46p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO; Alimentos destinados à suplementação alimentar no Programa de Nutrição em Saúde – PNS: Documento Técnico INAN 08/76. Brasília, 1976b. 36p.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. *Relatório da I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília, 1986. 15p. (mimeo)

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.156, de 31 de Agosto de 1990. Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.409, de 23 de março de 1998c. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 mar. 1998c

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.160, de 23 de dezembro de 1994. Cria, no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1994; 30 dez.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final do Seminário PNAN 10 anos*. Relatório. Brasília, 2010d. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Relatório de Gestão 1998-2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Relatório de Gestão 2000-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Unicef. Cadernos de Atenção Básica: Carências de Micronutrientes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 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*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 2010c. Seção 1, p. 6.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 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*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 set. 2006a. Seção 1, p. 1.

_____. *Política Nacional de Humanização (Folheto)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

_____. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998e. Seção 1, p. 18-22

_____. Presidência da República. Câmara de Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília, 1995. 86 p. Disponível em:

<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 2.284, de 24 de julho de 1997. Altera a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jul. 1997a, Seção 1, p. 16019.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 2.280, de 24 de julho de 1997. Dispõe sobre a extinção da Superintendência Nacional de Abastecimento - SUNAB, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jul. 1997b. Seção 1, p. 16012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 2.283 de 24 de julho de 1997. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jul. 1997c. Seção 1, p. 16019.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Medida Provisória nº 1.631-10, de 13 de março de 1998. Dispõe sobre a extinção dos órgãos que menciona e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 mar. 1998a. Seção 1, Edição Extra, p. 18.

_____. Presidência da República. Decreto Nº 93.120 de 18 de agosto de 1986. Dispõe sobre a execução do Programa Nacional do leite para Crianças Carentes. *Diário Oficial da União* – Seção 1 – 19/08/1986a, p. 12348.

_____. Presidência da República. Lei Nº 5.829, de 30 de novembro de 1972. Cria o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e dá outras providências.

_____. Presidência da República. Lei Nº 8080 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. DOU de 20/09/1990.

_____. *Programa de Combate às Carências Nutricionais – PCCN*. Brasília: Ministério da Saúde. 2001

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. *Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Relatório de gestão – 2003*. Relatório (mimeografado), fev. 2004b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição: Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília: Ministério da Saúde, dez. 2006

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Relatório de gestão 2009 da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 2010g.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. *Políticas de saúde: Metodologia de Formulação*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998d.

_____. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Secretaria Executiva. Programa de Alimentação Saudável: Bolsa-Alimentação. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BUNCE, E.G. Nutrition Surveys in Burma and Northeast Brazil. *The Journal of Nutrition*, v. 135, n. 5, p. 1281-1282, mai. 2005

CAMPOS, A. L.V. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 879-888, 2008.

_____. O Serviço Especial de Saúde Pública: políticas internacionais e respostas Locais. *História em Revista*, Pelotas, v. 11, p. 37-61, dez./2005.

_____. *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 318 p.

CARDOSO, M. A. *Nutrição e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2014. 342 p.

CARVALHO, AT; ALMEIDA, ER; NILSON, E; COUTINHO, J; UBARANA, J. Análise do Programa Vitamina A Mais e do Acompanhamento das Condições de Saúde do Programa Bolsa Família em Municípios da Região Nordeste do Brasil: Relatório De Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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, out./dez. 2011

CASTRO, C. M.; COIMBRA, M. (Org.). *O problema alimentar no Brasil*. São Paulo: Editora da Unicamp, 1985.

COÊLHO, H.A.L. Programas de Nutrição. In: CHAVES, N. *Nutrição Básica e Aplicada*. Editora Guanabara Koogan, 1978.

COIMBRA, Marcos. Dois modelos de intervenção nutricional no Brasil: PNS e PROAB. In: CASTRO, C. M.; COIMBRA, M. (Org.). *O problema alimentar no Brasil*. São Paulo: Editora da Unicamp; ALMED, 1985. p. 71-149.

CONSEA. Grupo de Trabalho Alimentação Adequada e Saudável. *Relatório Final*. Brasília, 2007. Relatório. Mimeografado

_____. Secretaria Executiva Nacional da Ação da Cidadania. *I Conferência Nacional de Segurança Alimentar*. Brasília, 1995. 201 p.

CORRÊA FILHO, H. R. *et al.* Inquérito sobre a prevalência de bócio endêmico no Brasil em escolares de 6 a 14 anos: 1994 a 1996. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 12, n. 5, p. 317-326, 2002.

CÔRTEZ, S. V. *et al.* Conselho nacional de saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societários. In: CÔRTEZ, S. V. (Org.). *Participação e saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 41-71. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8znq5/pdf/cortes-9788575413463-04.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2019.

COSTA, M. C. M. A. *Histórico do departamento de nutrição e de seus antecessores*. Disponível em: <https://www3.ufpe.br/ccs/images/Documentos/historicodep.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2019

COSTA, O.V. Distribuição gratuita de alimentos no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, 6 (4): 114-122, out/dez 1992.

COUTINHO, A. O. N. Alimentação do Brasileiro: uma visão histórica. *Saúde em Debate*, v. 13, n. 23, p. 32-39, dez. 1988.

CPDOC/FGV. Conselho Federal de Comércio Exterior. In: DICIONÁRIO Histórico-Biográfico Brasileiro, 2009a. Disponível em: <http://www.fgv.br/Cpdoc/Acervo/dicionarios/verbete-tematico/conselho-federal-de-comercio-exterior-cfce>. Acesso em: 21 mai. 2019.

_____. Conselho Nacional de Economia (CNE). In: DICIONÁRIO Histórico-Biográfico Brasileiro, 2009b. Disponível em: <http://www.fgv.br/CPDOC/BUSCA/dicionarios/verbete-tematico/conselho-nacional-de-economia-cne>. Acesso em: 21 mai. 2019.

_____. Diretrizes do Estado Novo (1937 - 1945): Conselho Federal de Comércio Exterior. *Navegando na História: Fatos e Imagens*. Rio de Janeiro: FGV, 2017a. Disponível em: <https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos37-45/EstadoEconomia/ConselhoComercioExterior>. Acesso em: 21 mai. 2019.

_____. O golpe de 1964 e a instauração do regime militar. *Navegando na História: Fatos e Imagens*. Rio de Janeiro: FGV, 2017b. Disponível em: <https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/FatosImagens/Golpe1964>. Acesso em: 21 mai. 2019.

DEMÉTRIO, F. A crise das práticas nutricionais em saúde-doença-cuidado e a possibilidade de construção de uma nutrição clínica ampliada e compartilhada. In: SOUZA, M. K. B.; TAVARES, J. S. C. (Org.). *Temas em Saúde Coletiva: gestão e atenção no SUS em debate*. Cruz das Almas: UFRB, 2014. p. 167-203.

DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. *Mudanças Alimentares e Educação Alimentar e Nutricional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

_____. *Mudanças Alimentares e Educação Alimentar e Nutricional*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

DIEZ-GARCIA, R. W.; PADILHA, M.; SANCHES, M. Alimentação hospitalar: proposições para a qualificação do Serviço de Alimentação e Nutrição, avaliadas pela comunidade científica. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 473-480, fev. 2012.

DURANTE, E. C.; BENDER, E. A.; COLOMÉ, L. M. Políticas de Saúde no contexto brasileiro: uma questão inadiável na formação do profissional farmacêutico. *Infarma*, v. 15, n. 4/6, p. 70-75, 2003.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA *et al* (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 385 – 434.

_____. O programa de interiorização de ações de saúde e saneamento (Piass). In: Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, pp. 161-178.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA *et al.* (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 333-384.

FALLEIROS, I. (Org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010, p. 113-153.

FREITAS, Gabriele Carvalho de. *Da Fome a Segurança Alimentar e Nutricional: análise da (re)criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) no primeiro Governo Lula*. 2017. 126f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

FROZI, Daniela Sanches; GALEAZZI, Maria Antonia M. Políticas Públicas de Alimentação no Brasil: uma revisão fundamentada nos conceitos de bem estar social e segurança alimentar e nutricional. *Cadernos de Debate*, Campinas, SP, v. XI, p.58-83, dez.2004.

GÓES, J. A. W. Hábitos alimentares: globalização ou diversidade? In: FREITAS, M. C. S.; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N. *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura*. Salvador: EDUFBA, 2008. p.375-404.

HAMBURGER, A. I. FAPESP 40 anos: abrindo fronteiras. Depoimento de Alberto Carvalho da Silva. P. 262-263. Edusp/Fapesp, 2004.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005.

KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P. (Org.) *Epidemiologia Nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Atheneu, 2007. 580 p.

KORNDÖRFER, A. N. A atuação da Fundação Rockefeller na formação de quadros em saúde pública através dos Fellowship Cards (Brasil, 1917-1951). *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 148-155, jan./jun. 2016.

L'ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil: I. período de 1940 a 1964, *Rev. Nutr. PUCCAMP*, Campinas, v. 1, n. 2, p. 87-138, jul./dez. 1988.

_____. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil: II. A partir dos anos setenta. *Rev. Nutr. PUCCAMP*, Campinas, v. 2, n. 1, p. 7-54, jan./jun. 1989.

LATOURE, B. *Reagregando o social: uma introdução à teoria ator-rede*. Salvador: EDUFBA-EDUSC, 400p, 2012.

LAURENTI, R.; ALDRIGH, J.M. Homenagem ao professor João Yunes. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 48, n. 4, p. 275-296, 2002.

LAVINAS, L. E. A. Combinando o compensatório e o redistributivo: o desafio das políticas sociais no Brasil. *Texto para Discussão*, Rio de Janeiro, n. 748, p. 1-29, Julho 2000.

LESSA, M. E. A. *A participação do nutricionista nos programas de combate à desnutrição no Brasil*. Libro de memórias do XII Congresso Latino Americano de Nutrición. México: [s.n.]. 2003. p. 6.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N.G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). *Saúde da Família: construindo um novo modelo – os municípios já têm histórias para contar*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D. MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, A. L. G. S. de; PINTO, M. M. S.: Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 10, n. 3, p. 1037-1051, set./dez. 2003.

LIMA, T.; DIAS, A. A ajuda alimentar internacional dos EUA: política externa, interesses econômicos e assistência humanitária. *Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais*, v. 1, n. 1, p. 189-211, jun./ago. 2016.

LOPES, T. da C.; MAIO, M. C. *Puericultura, eugenia e interpretações do Brasil na construção do Departamento Nacional da Criança (1940)*. *Tempo*, Niterói, v. 24, n. 2, p. 349-368, ago. 2018.

MALTA, D.C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006. Disponível em:
http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006.
Acesso em: 20 mai. 2019

MALUF, Renato S. *Segurança Alimentar e Nutricional*. Petrópolis: Vozes, 2007. 174p.

MALUF, Renato S.; MENEZES, Francisco; VALENTE, Flávio L. S. *Contribuição ao Tema da Segurança Alimentar no Brasil*. Cadernos de Debate, Campinas, SP, Vol. IV, p. 66-88, 1996.

MARTINS, MC et al. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período 1995-2002. 3 – O Programa Nacional de Controle da Deficiência de Vitamina A. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(9):2081-2093, set, 2007a.

MATTOS, R. A. Ciência, metodologia e o trabalho científico (ou tentando escapar dos horrores metodológicos). In: MATTOS, R. A; BAPTISTA, T.W.F. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 29-81.

_____. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

MATTOS, R. A; BAPTISTA, T.W.F. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 29-81. 509 p.

MEDEIROS-NETO, G. Iodine nutrition in Brazil: where do we stand? *Arq Bras Endocrinol Metab.*, v. 53, n. 4, p. 470-474, jun. 2009.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: FRANCO, T. B; MERHY, E. E. (Org.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2013.

MONTEIRO, I.R. Integração de políticas sociais: um estudo de caso sobre o Bolsa Família. [Dissertação]. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil-CPDOC/Fundação Getúlio Vargas - FGV. Rio de Janeiro, 2011. 132f.

MORAES, V. D.; MACHADO, C. V. O programa bolsa família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. *Saúde e Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial 3, p. 129-143, Set 2017.

MORAES, V. D.; PITTHAN, R. G. V.; MACHADO, C. V. Programas de transferência de renda com condicionalidades: Brasil e México em perspectiva comparada. *Saúde e Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. N.117, p. P. 364-381, Abr-Jun 2018.

NASCIMENTO, A. R. Conselho de Segurança da ONU e a hegemonia estadunidense: reflexos da manutenção de uma ordem mundial unipolar no pós-guerra fria. *Univ. Rel. Int.*, Brasília, v. 7, n. 1, p. 71-98, jan./jun. 2009.

NASCIMENTO, S. Jornalismo e deliberação pública: um estudo de casos múltiplos. *C&S – São Bernardo do Campo*, v. 39, n. 3, p. 5-29, set./dez. 2017

NAVOLAR, T. S.; TESSER, C. D.; AZEVEDO, E. Contribuições para a construção da Nutrição Complementar Integrada. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v. 16, n. 41, p. 515-27, abr./jun. 2012.

PACHECO, S. S. M. O hábito alimentar enquanto um comportamento culturalmente produzido. In: FREITAS, M. C. S.; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N. (Org.). *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 217-238.

PEDROSO, C. G. T.; SOUSA, A. A.; SALLES, R. K. Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1155-1162, 2011.

PELIANO, A. M. M. A assistência alimentar nas políticas governamentais.

PEREIRA, GS; CASTRO, IRR. Considerações Sobre o Plano de Combate à Fome e à Miséria. *Cad. Saúde Pública*, 9 (supl. 1): 106-113, 1993.

PEREIRA, R. A. A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 19, n. 38, p. 165-198, 1999.

PEREIRA, L. C. B. Pequena história da Reforma Gerencial de 1995. In: COSTIN, C. (Org.). *Administração Pública*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 74-79.

_____. *Reforma Gerencial de 1995 – Apresentação*. s./d. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/rgp.asp>. Acesso em: 21 mai. 2019

PESSANHA, Lavínia Davis Rangel. A experiência brasileira em políticas para a garantia do direito ao alimento – breve histórico, *Cadernos de Debate*, Campinas, SP, v. XI, p. 1-37, dez. 2004

PINHEIRO, A. R. de O.; CARVALHO, D. B. B. de. Estado e Mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 170-183, 2008.

POLIGNANO, M. V. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. 2006. Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf. Acesso em: 21 mai. 2019.

POLLAN, M. *Em defesa da comida: um manifesto*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2008. 271 p.

PONTE, C.F.; REIS, J.R.F.; FONSECA, C.M.O. Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes? In: FIDÉLIS, C.; FALLEIROS, I. (Org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p.113-153.

PRADO, S D. Quais os núcleos de saberes que conformam o campo da alimentação e nutrição no Brasil? *Demetra*; v. 8, n. 1, p. 1-8, 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/viewFile/6025/4996>: Acesso em: 15 jan. 2017.

PRATES, V. Entre formigas e estrelas. *Galaxia*. (São Paulo, Online), n. 25, p. 206-210, jun. 2013.

REA, MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S37-S45, 2003

RECINE, E.; VASCONCELLOS, A. B. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. *Ciê. Saúde Colet.*, v. 16, n. 1, p. 73-79, 2011.

REIS, J. C. O tempo histórico como “representação intelectual”. *Fênix – Revista de História e Estudos Culturais*, v. 8, n. 2, mai./ago. 2011. Disponível em http://www.revistafenix.pro.br/PDF26/Dossie_04_Jose_Carlos_Reis.pdf. Acesso em: 20 mai. 2019.

RENOVATO, R.D.; BAGNATO, M.H.S. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil, n. Esp. 2, p. 277-290, 2010.

Revista de Política Agrícola, v. 10, n. 1, p. 20-26, jan./mar. 2001.

RODRIGUES, LPF; RONCADA, MJ. A educação nutricional nos programas oficiais de prevenção da deficiência da vitamina A no Brasil. *Rev. Nutr.*, Campinas, 23(2):297-305, mar./abr., 2010

ROTENBERG, S; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 4, n. 1, p. 85-94, jan./mar., 2004.

SALOMON, M. Projeto de orçamento para 2001 não prevê verba para programa: Governo corta distribuição de cestas básicas a pobres. *Folha de São Paulo*, 26 nov. 2000. Disponível

em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc2611200002.htm>>. Acesso em: Outubro 2018.

SANTOS, B.S. Seis razões para pensar. *Lua nova: Revista de Cultura e Política*, s/v., n. 54, p. 13-23, 2001. Disponível em: http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Porque%20pensar_Lua%20Nova_2001.pdf. Acesso em: 15 dez. 2018

SARTI, F. M.; TORRES, E. A. F. S. (Org.). *Nutrição e Saúde Pública: Produção e consumo de alimentos*. São Paulo: Manole, 2017. 344p.

SCHIMITZ, B.A. et al. Políticas e programas governamentais de alimentação e nutrição no Brasil e sua involução. *Cadernos de Nutrição*, 13: 39-59, 1997.

SILVA, AC. De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. *Estudos Avançados*, 9 (23), 1995. P. 87-107.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, M. J. MEDRADO, B.; MÉLLO, R. P. Vinte e cinco anos nos rastros, trilhas e riscos de produções acadêmicas situadas. In: SPINK *et al.* (Org.). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p.13-30. Disponível em: http://www.bvce.org.br/DownloadArquivo.asp?Arquivo=SPINK_A_producao_de_informacao.pdf. Acesso em: 20 mai. 2019.

SPINK, M.; O conhecimento como construção social. In: _____. (Org.) *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. p.1-25.

TADDEI, J. A. *et al.* (Org.) *Nutrição em Saúde Pública*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio Ltda, 2016. 664 p.

_____. (Org.) *Nutrição em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Rubio Ltda, 2011. 640 p.

UNDERWOOD, B. A. The Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defense Surveys: Lasting Impacts. *The Journal of Nutrition*, v. 135, n. 5, p. 1276-1280, mai. 2005.

UNICEF. *UNICEF: 70 years for every child*. 2016. Disponível em : <https://www.unicef.org/about-us/70-years-for-every-child>. Acesso em: 21 mar. 2019.

USAID. *Usaid History*. 2019. Disponível em: <https://www.usaid.gov/who-we-are/usaid-history>. Acesso em: abr. 2019.

VALENTE, F. L. S. *A política de insegurança alimentar e nutricional no Brasil de 1995 a 2002*. Disponível em: http://plataforma.redesan.ufrgs.br/biblioteca/pdf_bib.php?COD_ARQUIVO=14125. Acesso em: 15 dez. 2018

VALENTE, F. L. S. *et al.* Módulo 7 - O DHAA, a SAN, a saúde e a promoção da alimentação saudável e adequada. *In: VALENTE, F. L. S. et al.* Direito Humano à Alimentação Adequada no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: ABRANDH, 2007b.

VALENTE, F.L.S. Repensando a área dentro da perspectiva da Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição. *Saúde em Debate*, Dezembro de 1988, p. 50 – 57.

VALENTE, F. L. S.; BURITY, V.; FRANCESCHINI, T.; CARVALHO, M. F. Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada. *In: Curso de formação à distância em Direito Humano à Alimentação Adequada no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional*, Módulo 1, p. 2-7. ABRANDH, 2007a.

VASCONCELOS, F. A. G. A ciência da nutrição em trânsito: da nutrição e dietética à nutrigenômica. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 23, n. 6, p. 935-945, nov./dez., 2010

_____. A epidemiologia das deficiências nutricionais no Nordeste: a contribuição de Malaquias Batista Filho à institucionalização da Nutrição em Saúde Pública no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 533-544, abr./jun, 2000.

_____. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 18, n. 4, p. 439-457, jul./ago., 2005.

_____. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Revista de Nutrição*, Campinas, 18(4), p. 439-457, jul./ago., 2005.

_____. Fome, eugenia e constituição do campo da nutrição em Pernambuco: uma análise de Gilberto Freyre, Josué de Castro e Nelson Chaves. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, v. 8, n. 2, p. 315-319, jul./ago. 2001b.

_____. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 15, n. 2, p. 127-138, mai./ago. 2002.

_____. Origem e conformação do campo da Nutrição em Saúde Pública em Pernambuco: uma análise histórico-estrutural. *Rev. Nutr., Campinas*, v. 14, supl. 1, p. 13-20, 2001^a.

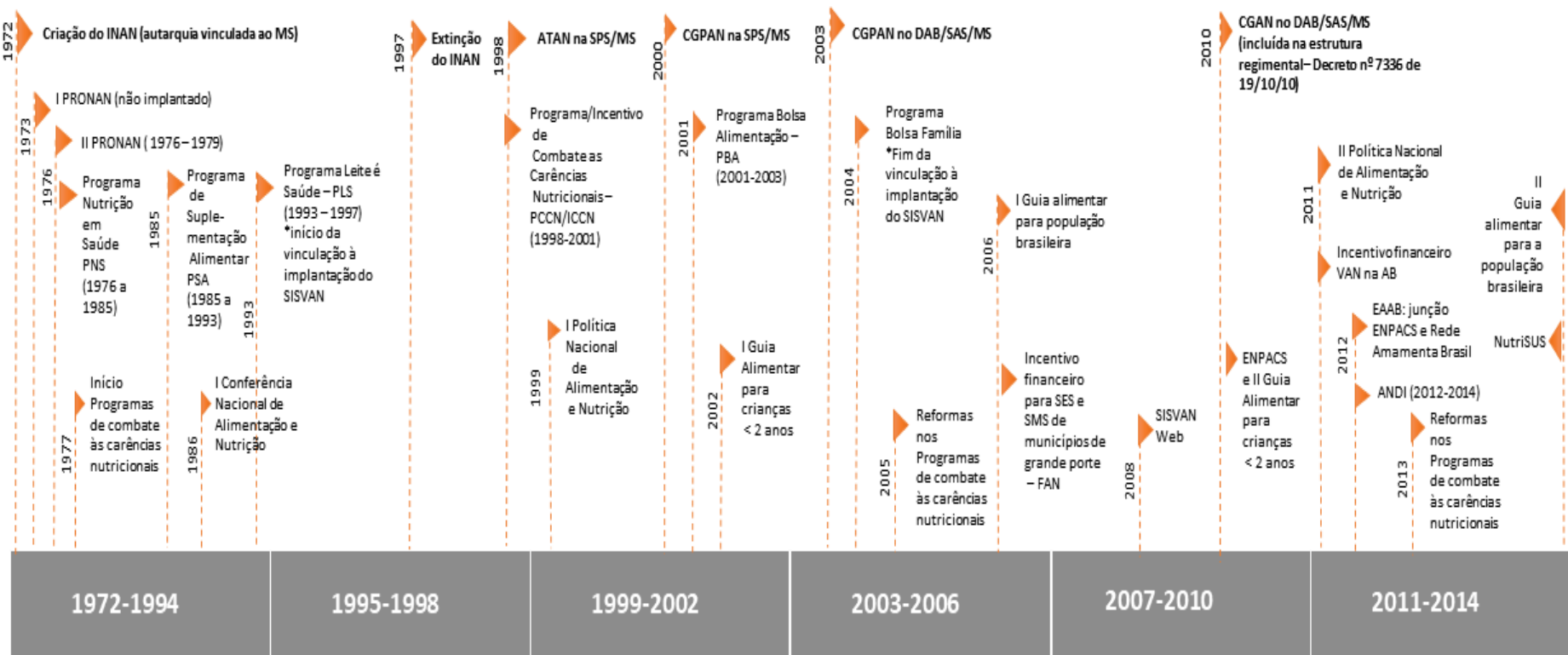
_____. Os Arquivos Brasileiros de Nutrição: uma revisão sobre produção científica em Nutrição no Brasil (1944 a 1968). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 303-316, 1999.

_____. Um perfil de Nelson Chaves e da sua contribuição à Nutrição em Saúde Pública no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p.1505-1518, nov./dez., 2001c.

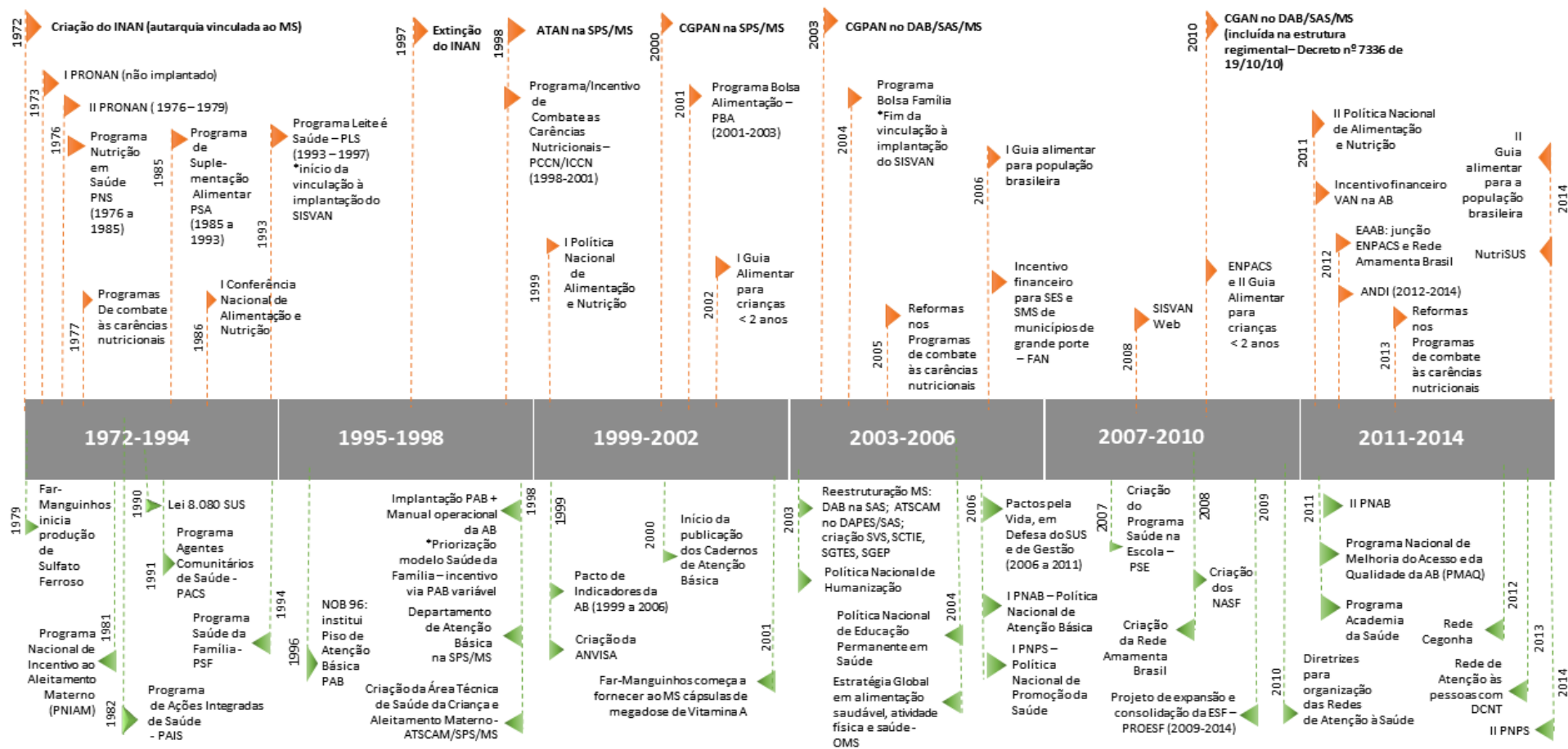
_____. A Política Social de Alimentação e Nutrição no Brasil: acumulação de capital e reprodução da fome/desnutrição. *Saúde em Debate*, Dezembro de 1988, p.42 – 49.

VASCONCELOS, F. A. G.; BATISTA FILHO, M. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 81-90, 2011.

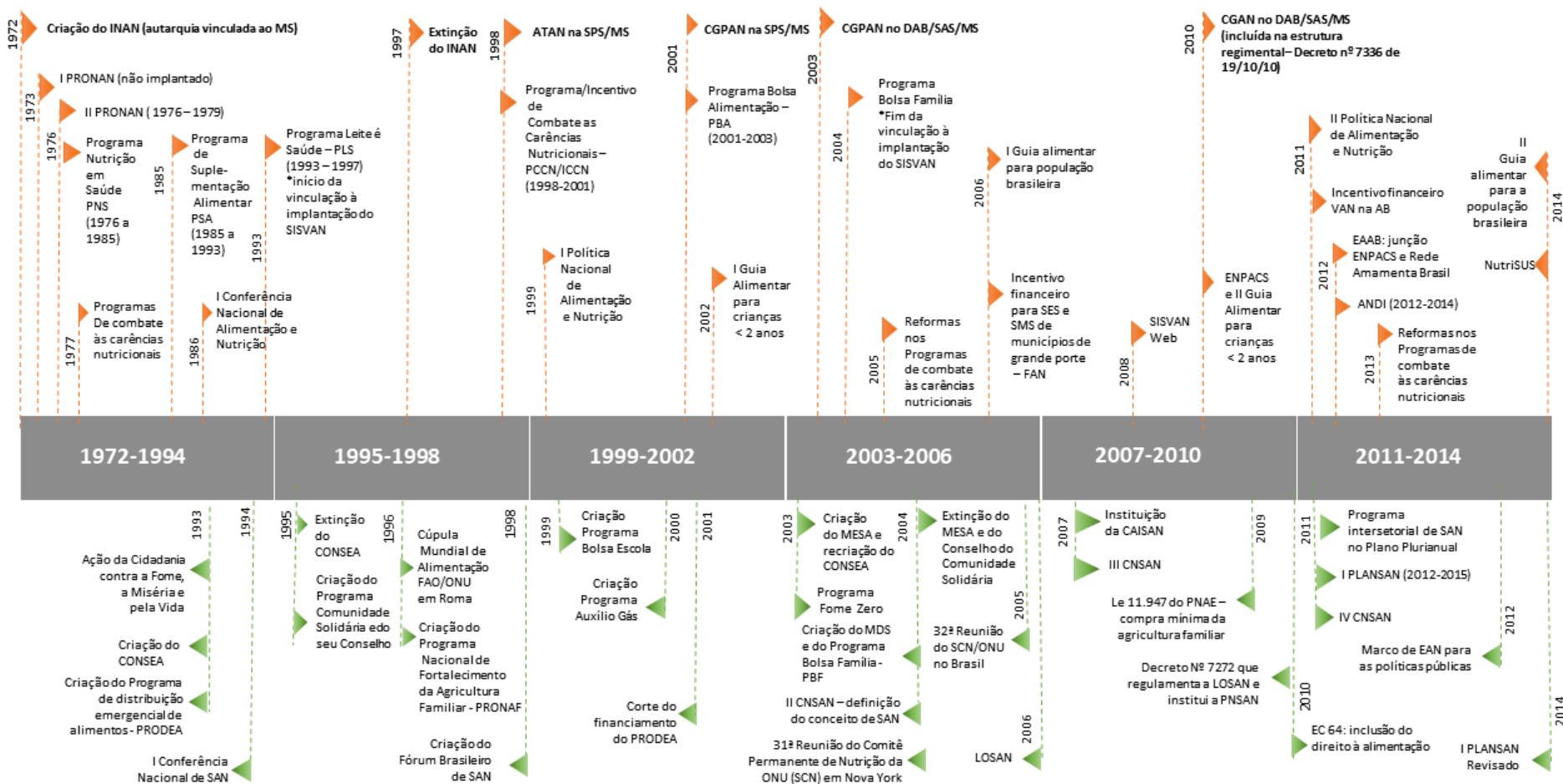
APÊNDICE A - Marcos da trajetória institucional, programas, políticas e ações estratégicas da área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde.



APÊNDICE B - Simultaneidades, sucessões e relações com marcos da gestão federal do sistema de saúde, especialmente da Atenção Básica.



APÊNDICE C - Simultaneidades, sucessões e relações com marcos da Segurança Alimentar e Nutricional.



APÊNDICE D. Mapa de Gestores do Ministério da Saúde - 1995 a 2011

1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011

Presidência da República	Fernando Henrique Cardoso							Luís Inácio Lula da Silva					Dilma Rousseff
Ministério da Saúde	Adib Jatene	Carlos Albuquerque	José Serra			Barjas Negri	Humberto Costa	Saraiva Felipe	José Agenor Alvares	José Gomes Temporão		Alexandre Padilha	
Secretaria Executiva		Barjas Negri				Otávio Azevedo	Gastão Wagner	Antônio Alves de Souza/ José Agenor Alvares	Arinaldo Rosendo	Márcia Mazzoli	Francisco Campos		
Secretaria de Políticas de Saúde			João Yunes		Cláudio Duarte da Fonseca		Secretaria extinta						
Secretaria de Atenção à Saúde	*1990 a 2002: Secretaria de Assistência à Saúde						Jorge Solla	José Gomes Temporão	José Carvalho de Noronha		Helvécio Magalhães		
Departamento de Atenção Básica¹				Heloíza Machado de Souza			Afra Suassuna	Luís Fernando Rolim Sampaio		Claunara Schilling	Heider Pinto		
Coordenação de Expansão da ESF/ Gestão da AB				Afra Suassuna			Reneide Muniz	Socorro Matos	Claunara Schilling	Nulvio Lermen Jr.	Eduardo Melo		
Área de Alimentação e Nutrição¹	INAN		Denise Coitinho					Mª de Fátima Carvalho	Ana Beatriz Vasconcelos			Patrícia Jaime	

↳ Elisabetta Recine

¹ De 1998 a 2002 faziam parte da Secretaria de Políticas de Saúde. Em 2003 passaram a fazer parte da Secretaria de Atenção à Saúde.

APÊNDICE E – Documentos analisados (continua)

GRUPO A		
Data de Publicação	Título	Publicado por
Agosto de 1995	Diretrizes de ação para o período: 1995-1998: documento interno para orientação.	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde
1996	Relatório de gestão/1996	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde
Dezembro de 2002	Relatório de Gestão da Secretaria de Políticas de Saúde 2000-2002	Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde
Fevereiro de 2004	Relatório de Gestão CGPAN 2003	Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde
Dezembro de 2005	Relatório de Gestão CGPAN 2005	Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde
2005	Relatório das Capacitações Macrorregionais em Atitude de Vigilância - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) 2005	Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica/ Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição Parceria: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)
Dezembro de 2006	Ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição: Relatório de Gestão 2003-2006	Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde
2006	Relatório de Trabalhos Desenvolvidos pela Rede de Parceiros em Alimentação e Nutrição – 2006	Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica/ Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição
Dezembro de 2008	Relatório de Gestão CGPAN 2008	Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde
2010	Relatório de Gestão CGPAN 2009	Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde
2010	Relatório Gestão PBF na Saúde 2005 – 2010	Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde
2010	Documento base para os seminários estaduais – PNAN 10 anos	Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição/Conselho Nacional de Saúde
2010	Relatório final Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS - PNAN 10 anos	Conselho Nacional de Saúde e Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde
Março de 2011	Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde 2010	Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde

APÊNDICE E – Documentos analisados (continuação)

GRUPO B			
Data de Publicação	Título	Publicado por	Do que trata
1998	Portaria nº 2.409, de 23 de março de 1998 Programa de combate às carências nutricionais (PCCN)	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro	Regula o repasse do incentivo financeiro do Programa de Combate às Carências Nutricionais via PAB variável. Estabelece como prioridade o fortalecimento e consolidação de ações de combate às carências nutricionais específicas, considerando o grupo de maior vulnerabilidade à desnutrição energético -protéica (DEP) e às deficiências de ferro e vitamina A.
1999	Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999 Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro	Aprova a PNAN e apresenta seu texto em anexo
2001	Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN)	Ministério da Saúde /Secretaria Executiva/Coordenação Geral de Planejamento	Apresenta a operacionalização do programa, breve avaliação de seus resultados de 1998 a mar/2000, planejamento de metas para o PPA 2000-2003
2001	Portaria GM/MS nº 1.770 de 20/9/2001.	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro	Estabelece instruções para implantação e funcionamento do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Saúde – Bolsa Alimentação.
2001	Orientações Gerais sobre o Programa Bolsa-Alimentação	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde	Apresenta os objetivos e a operacionalização do programa de forma detalhada
2002	Programa alimentação saudável: bolsa-alimentação	Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/ Coordenação Geral de Planejamento	Apresenta brevemente a operacionalização do programa, resultados esperados, planejamento de metas físicas para 2001-2003
2002	Guia alimentar para crianças menores de dois anos	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde e Organização Pan-americana de	Destina-se à capacitação técnica dos diversos profissionais que atuam no campo da alimentação infantil, principalmente os profissionais nutricionistas e

		Saúde	as Equipes de Saúde da Família.
2002	Dez Passos para uma Alimentação Saudável Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos: um guia para o profissional de saúde na Atenção Básica (com base no Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos de idade)	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde	Manual para profissionais e Agentes Comunitários de Saúde que trata sobre a oferta de orientações alimentares para as mães e responsáveis por crianças pequenas, principalmente durante a transição entre o aleitamento materno e a alimentação da família.
2002	Alimentos regionais brasileiros	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde	Divulgação da imensa variedade de frutas, hortaliças, tubérculos e leguminosas brasileiras para auxiliar na orientação das comunidades no sentido de uma alimentação acessível que utilize recursos locais. Também poderá despertar o interesse para o resgate do cultivo, extração racional, produção, transformação para consumo próprio ou geração de renda. A utilização destes e de outros alimentos, poderá contribuir com a segurança alimentar e nutricional de nossas comunidades.
2002	CAB 11 Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.	Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde	
2003	Política Nacional de Alimentação e Nutrição – 2ª edição revista	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde Obs: a 1ª edição foi publicada em 2000 pela SPS, mas não está disponível.	Republicação da PNAN com apresentação assinada pelo Ministro Humberto Costa. Contém a Portaria que instituiu a política em 1999 e seu texto.
2004	Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde Parcerias: Fundação Oswaldo Cruz Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome	Divulgar as informações básicas para a implantação e a implementação das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional em todo o país. Este documento pretende oferecer informações sobre o histórico do SISVAN, como coletar os dados, como fazer o diagnóstico nutricional individual e o coletivo e sobre os parâmetros

		Organização Pan-Americana da Saúde	utilizados pelo SISVAN – Nacional
2004	Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas	Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde	Com o objetivo de auxiliar essas mães – ou a pessoa que a substituiu nos cuidados da criança, ou a cuidadora – surgiu esse Guia Prático, composto por orientações de como alimentar adequadamente a criança, no que se refere ao preparo do leite de acordo com a idade (até 12 meses), quanto à introdução de novos alimentos a partir do segundo mês de vida e quanto aos cuidados de higiene pessoal com a criança e com os utensílios utilizados durante o preparo e administração do alimento à criança.
2004	Vitamina A Mais - Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A Condutas Gerais	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde	O que é hipovitaminose A, objetivos e funcionamento do programa, condutas para administração de vitamina A no público alvo
2005	Portaria nº 729 de 13 de maio de 2005	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro	Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras providências
2005	Portaria nº 730 de 13 de maio de 2005 - PNSF	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro	Institui o PNSF, destinado a prevenir a anemia ferropriva e dá outras providências.
2005	Manual Operacional Programa Nacional de Suplementação De Ferro	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde	O objetivo é orientar coordenadores estaduais e municipais, além dos demais profissionais de saúde, para a implementação dos procedimentos necessários à operacionalização do referido programa.
2005	Manual de Orientações sobre o Bolsa Família – 1ª edição	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde <i>Parceria:</i> Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS	Tem por objetivo orientar os gestores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as Coordenações Estaduais e Municipais do Programa Bolsa Família sobre o acompanhamento das famílias beneficiadas.
2005	Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde	Este documento sistematiza as ações de atendimento à criança com desnutrição grave, utilizando metodologia recomendada pela Organização Mundial da Saúde e apoiada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, de comprovada eficácia técnico-científica e adaptada à realidade do País.

2006	Caderno de Atenção Básica nº 12 - Obesidade	Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde	Este material tem como objetivo subsidiar os profissionais de saúde da atenção básica da rede SUS, incluindo a Estratégia de Saúde da Família, na atenção ao paciente obeso, com ênfase no manejo alimentar e nutricional.
2006	GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA: Promovendo a Alimentação Saudável	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde	Primeiras diretrizes alimentares oficiais para a população brasileira. Contém mensagens centrais para a promoção da saúde e, tanto para prevenção das DCNT, da má nutrição em suas diferentes formas de manifestação e das doenças infecciosas.
2006	Manual clínico de alimentação e nutrição na assistência a adultos infectados pelo HIV	Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Programa Nacional de DST e Aids	
2006	PORTARIA Nº 1.357, DE 23 DE JUNHO DE 2006	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro	Define e estrutura as ações de Alimentação e Nutrição por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das capitais com base na PNAN e normatiza a utilização do saldo restante dos recursos financeiros referentes ao Incentivo de Combate a Carências Nutricionais (ICCN) nos municípios qualificados.
2007	Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde – 2ª edição	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde Parceria: MDS Colaboração: SMS de Cristalina-GO e DNUT-UnB	Objetiva orientar os gestores das SES e SMS e as Coordenações estaduais e municipais do PBF sobre o acompanhamento das famílias beneficiadas.
2007	Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde	Este material tem o objetivo de apresentar informações sobre saúde, alimentação e nutrição para que os ACS dividam com as famílias acompanhadas, promovendo hábitos alimentares mais saudáveis na busca do Direito Humano à Alimentação Adequada.
2007	Caderno de Atenção Básica nº 20: carências de micronutrientes	Ministério da Saúde e Unicef	Este manual destina-se às equipes da estratégia Saúde da Família e demais unidades de atenção básica, e tem como objetivo o apoio à capacitação de profissionais, trazendo informações e orientações técnicas sobre os problemas de saúde causados pela deficiência de vitamina A, ferro e iodo.

2007	PORTARIA Nº 3.181, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2007	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro	Define recursos financeiros do Programa Alimentação Saudável para incentivar a estruturação e a implementação das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com base na PNAN.
2008	Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde	Este material destina-se principalmente aos profissionais de saúde que fazem parte da atenção básica e da média complexidade ambulatorial; portanto, não constitui um protocolo de atendimento em nível hospitalar, seja de média ou alta complexidade hospitalar. 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.
2008	Promoção Da Alimentação Saudável Nas Escolas: Manual operacional para profissionais de saúde e educação	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde Apoio financeiro: Ministério da Educação	Destinado aos gestores, educadores e profissionais da área de saúde e da educação, como instrumento para incentivar e fornecer subsídios para o fortalecimento e planejamento das ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, considerando a história, as singularidades da realidade local e, sobretudo, a situação alimentar e nutricional de cada comunidade.
2008	Portaria nº 1.424 de 10 de julho de 2008.	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro	Estabelece o repasse anual fundo a fundo para a estruturação e implementação das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito das SES e SMS com base na PNAN.
2009	Caderno de Atenção Básica nº 29 Saúde da Criança: Nutrição Infantil - Aleitamento Materno e Alimentação Complementar	Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica	Este Caderno faz parte de um trabalho que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo no sentido de sensibilizar e dar subsídio aos profissionais da Atenção Básica. Coincide com novas estratégias de abordagem do aleitamento materno e alimentação complementar num contexto de redes de atenção a partir da Atenção Básica. Dessa forma, visa a potencializar ações de promoção da alimentação saudável e de apoio ao aleitamento materno, numa linha de cuidado integral à Saúde da Criança.

2009	Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde	O propósito principal desta matriz de ações de alimentação e nutrição, elaborada pelo OPSAN/UnB, no âmbito da pesquisa <i>Inserção da Nutrição na Atenção Básica de Saúde</i> , financiada pela CGPAN/MS, foi sistematizar e organizar as ações de alimentação e nutrição e do cuidado nutricional para integrarem o rol de ações de saúde desenvolvidas no âmbito da atenção básica à saúde.
2009	Portaria nº 2.324 de 6 de outubro de 2009.	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro	Estabelece o repasse anual fundo a fundo para a estruturação e implementação das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
2010	Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde – 3ª edição	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde Parceria: MDS	Acrescenta: papel das SES, instruções do sistema de acompanhamento, repercussões do descumprimento das condicionalidades.
2010	Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde	Idem ao manual de 2007 + acréscimo de referência ao NASF na apresentação + item 2.7 O que é a Agenda de Compromisso da Família? Poderia ser apresentada como 2ª edição revista, mas é 1ª edição
2010	Preparações regionais saudáveis: mais saúde nas mesas das famílias do Programa Bolsa Família	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde	O material é fruto do Projeto Alimentos Regionais Brasileiros, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, universidades federais e organizações não governamentais. O material reunido neste guia é mais um recurso informativo e educativo para promover a alimentação saudável no âmbito do Sistema Único de Saúde. Todos os profissionais que trabalham no sistema podem utilizá-lo em suas ações. As equipes de Saúde da Família, especialmente o Agente Comunitário de Saúde, têm potencial para multiplicar estas informações entre as famílias.
2010	Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da	Este manual foi elaborado com o objetivo de oferecer subsídios aos profissionais de saúde com relação a

	profissionais de saúde	Saúde	orientações sobre alimentação saudável para idosos e suas famílias, apresentando medidas práticas para o preparo e o consumo dos alimentos, que podem contribuir para promover mais prazer, conforto e segurança durante as refeições diárias da pessoa idosa.
2010	Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica 2ª edição	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde	Manual para que profissionais da Atenção Básica com vistas a orientação das mães e cuidadores quanto à alimentação saudável das crianças brasileiras menores de 2 anos. Baseia-se nas orientações alimentares gerais mais atualizadas, no perfil epidemiológico e na cultura alimentar do Brasil. Obs: Parte da implementação da Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Saudável (Enpac).
2010	Receitas Regionais para crianças de 6 a 24 meses	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde IBFAN Brasil	
2010	Caderno de Atenção Básica nº 27 – Diretrizes do NASF	Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica	Organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf
2010	Portaria nº 1.630, de 24 de junho de 2010.	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro	Estabelece o repasse anual fundo a fundo para a estruturação e implementação das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
2011	Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde	O objetivo do presente material é divulgar as informações básicas sobre antropometria, visando a coleta de informações necessárias para a realização da Vigilância Nutricional entre indivíduos de diferentes fases do curso da vida.
2011	PORTARIA Nº 2.715, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro	Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. <i>*Não consta o texto da política em anexo</i>
2012	Política Nacional de Alimentação e Nutrição	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde	Apresenta o novo texto da PNAN aprovado em 2011.

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a),

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), do estudo intitulado “*Da Nutrição em Saúde Pública à Atenção Nutricional no SUS: descortinando saberes, práticas e tensões*”, conduzido por Kelly Alves. Este estudo tem por objetivo analisar as estruturas conceituais e técnicas para orientação das práticas relativas à alimentação e nutrição nos serviços de saúde, produzidas pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição/Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (ATAN/CGPAN) do Ministério da Saúde, no período de 1997 a 2011.

Nessa pesquisa serão entrevistadas pessoas que tenham participado ou acompanhado a trajetória institucional da ATAN/CGPAN e/ou tenham participado da elaboração de documentos técnicos publicados pela mesma que normatizem ou orientem práticas relativas à alimentação e nutrição nos serviços de saúde nesse período (1997 a 2011). Você foi selecionado como possível participante da pesquisa porque identificamos seu nome como coordenador, supervisor, autor ou colaborador em algum (uns) documento (s) técnico(s) selecionado(s) para esse estudo, exerceu cargo/função na ATAN/CGPAN ou em Secretaria/Departamento/Coordenação de interface com a mesma no Ministério da Saúde no período de 1997 a 2011 e/ou por indicação de outro (a) entrevistado (a).

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação nesta pesquisa consistirá em contribuir, por meio das suas respostas à entrevista, para a construção de uma narrativa que explicita as prováveis convergências, divergências e diferenças nas proposições acerca de práticas relativas à alimentação e nutrição nos serviços de saúde no período de 1997 a 2011, apontando os possíveis avanços, resistências e impasses para a organização da Atenção Nutricional no Sistema Único de Saúde.

Explicamos que sua participação nessa entrevista pode oferecer o risco de ter suas posições reveladas no estudo. Acreditamos que você, enquanto sujeito participante e envolvido em políticas públicas, tem capacidade de gerenciar esse único risco colocado, em primeiro lugar, decidindo pelo seu anonimato ou não no estudo, e, em segundo lugar, durante a entrevista, optando por falar ou não.

Assumimos o compromisso de que sua identidade permanecerá confidencial, salvo expressa manifestação em sentido contrário, haja vista a possível ocupação de cargos ou posições públicas atualmente ou anteriormente.

Sua participação não será remunerada e nem implicará em gastos a serem desembolsados por você. Mas, caso haja eventuais despesas, estas poderão ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa. A entrevista poderá ser realizada no seu local de trabalho ou algum outro lugar de sua preferência. Também há a possibilidade de realização de entrevista à distância por meio do programa *Skype*. Se possível, esperamos apenas que em ambos os casos (entrevista presencial ou à distância) o local seja tranquilo e silencioso.

A doutoranda Kelly Alves vai lhe entrevistar a partir de um roteiro semiestruturado de perguntas. Novas perguntas poderão ser acrescentadas a partir das suas respostas. A estimativa é que a entrevista pode durar de 30 a 90 minutos, a depender de suas respostas. Pedimos sua permissão para gravar e transcrever a entrevista.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

1.

Contatos da pesquisadora responsável:

Kelly Poliany de Souza Alves, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/IMS/UERJ

Telefone: (21) 98610-0161 E-mail: kpsalves@gmail.com

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7o andar sala 7010-D, Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20550-013.

Contatos do Comitê de Ética em Pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7o andar sala 7010-D, Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20550-013.

Telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com

Dados do Projeto: CAAE: 86566218.0.0000.5260 N° do parecer: 2.607.199

2.

Você autoriza a gravação e a transcrição da entrevista? () Sim () Não

Você deseja manter o anonimato? () Sim () Não

3.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

4.

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Local: _____ Data: ___/___/___

APÊNDICE G – Exemplo de roteiro de entrevistas

Entrevista 16 – Denise Coitinho

Motivo do convite para entrevista: Atuação na transição INAN-ATAN, 1ª Coordenadora da ATAN/CGPAN de 1999 a 2002 (2º governo FHC, Ministro José Serra, Secretário SPS João Yunes).

Mini currículo: Nutricionista -USP (1982), mestrado em Nutrição Humana pela London School of Hygiene and Tropical Medicine (1984) e doutorado em Saúde Pública pela USP (1998). Foi professora adjunta do depto. de Nutrição da UnB entre 1998 e 2008 tendo sido cedida ao Ministério da Saúde, para estruturar e atuar como a primeira coordenadora da CGPAN (2000 a 2003). Posteriormente, foi licenciada da UnB para assumir o cargo de Diretora do Departamento de Nutrição para a Saúde e Desenvolvimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), em Genebra, Suíça. Em 2008 e 2009 serviu como representante da OMS e coordenadora do programa interagencial das Nações Unidas para Redução da Fome e da Desnutrição na Infância (REACH) com sede no Programa Mundial de Alimentos em Roma, Itália. Em 2010 foi nomeada Secretária Executiva do Comitê Permanente das Nações Unidas para a Nutrição (UNSCN). Durante o período de licença da UnB manteve atividades de orientação de alunos no Programa de Pós-graduação em Nutrição Humana. Com o fim do mandato no UNSCN, em 2012, passou a atuar como consultora independente, baseada em Vevey, Suíça. Área de formação e atuação: nutrição materno-infantil, epidemiologia nutricional - inquéritos populacionais e SISVAN, políticas públicas.

Documentos técnicos onde consta como autora/revisora/colaboradora: Manual instrutivo do ICCN - 1998 e 2001; PNAN-1999; Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos - 2002; Alimentos regionais brasileiros - 2002 e documentos instrutivos do Programa Bolsa Alimentação - 2001/2002.

Aproximação com a pesquisadora: nenhuma. Contato para a entrevista: Envio de convite por mensagem de e-mail (contato fornecido por Elisabetta Recine). Local, data e horário da entrevista: 20 de novembro de 2018 por Skype (entrevistada em Lisboa e entrevistadora em Maceió).

Roteiro semiestruturado

1. Conte-me sobre sua trajetória, como você chegou a Coordenação da ATAN e posteriormente da CGPAN?
2. Como era organizada e como funcionava a ATAN e posteriormente a CGPAN?
 - 2.1 Essas características sofreram mudanças no período de 1998 a 2002? Conte-me sobre as mudanças.

Lembrar de:

- Locus institucional, endereço, infraestrutura, equipe técnica, orçamento
- * RELAÇÃO COM O SECRETÁRIO DA SPS – JOÃO YUNES (até 2000) E CLÁUDIO DUARTE DA FONSECA
- * RELAÇÃO COM ÁREA DE SAÚDE DA CRIANÇA
- * RELAÇÃO COM A ÁREA DE ATENÇÃO BÁSICA (expansão do PACS e PSF - Heloísa Machado e Afra Suassuna)
- Frentes de trabalho (programas, ações)
- Relação/articulação intrasetorial (com outras áreas, coordenações, departamentos e secretarias do MS e ANVISA)
- Relação intersetorial/interinstitucional (outros setores de governo, instituições de pesquisa e ensino, CECANs)
- Relação interfederativa (SES e SMS)
- Relação internacional (agências do sistema ONU – FAO, OMS/OPAS, UNICEF)

3. Mudanças importantes na gestão do SUS e impacto nos programas de nutrição:
 - Descentralização/municipalização do SUS + instituição do repasse financeiro fundo a fundo – piso de atenção básica + expansão do PACS e PSF – ICCN vinculado ao PAB variável e não mais por convênios – como foi isso?
 - Formulação de Políticas pelo MS – como a PNAN foi possível em 1999? Como ocorreu sua construção? A agenda da SAN na PNAN? Que atores participaram? (Do SUS e da SAN – e o FBSAN?)
Aponta ampliação da agenda (materno-infantil + DCNT + alimentos- ANVISA + intersetorialidade)
4. SISVAN atrelado a implantação dos programas – como surgiu a estratégia? Como você avalia isso? Porque não um sistema do DATASUS, mas um sistema da área técnica?
5. Agenda materno-infantil

Guia alimentar para crianças menores de 2 anos – porque dois materiais técnicos? (um geral sobre as bases científicas e outro para profissionais da AB); como foram construídos? Houve embates sobre as recomendações? (aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, introdução de alimentação complementar, referencial da pirâmide e porções). Programas de suplementação de ferro e vitamina A – como estavam? (não encontrei materiais técnicos sobre eles)

6. Alimentos Regionais Brasileiros: Por quê? Como foi produzido?
7. Programas de transferência de renda – como foi criado o Bolsa Alimentação?
Qual a inspiração? Como foi a reação dentro do MS? E a reação dos gestores do SUS?
Auditoria externa – porque essa preocupação?
Impacto institucional do PBA para a CGPAN – espaço físico, equipe técnica, orçamento, relacionamento intrasetorial e intersetorial
8. Você gostaria de acrescentar algo mais à nossa conversa?

APÊNDICE H. Entrevistas Realizadas

Código	Opção pelo anonimato no TCLE	Justificativa do convite à entrevista	Forma de contato	Inserção no momento da entrevista	Data, local e duração da entrevista
E1	Sim	<p>Autoria de documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CAB nº12 - Obesidade • CAB nº27 - Diretrizes do Nasf – capítulo ações de alimentação e nutrição no Nasf 	Mensagem para e-mail e Whatsapp (fornecidos por uma amiga em comum)	Servidora pública aposentada Atuação independente	06/08/18 Residência da entrevistada no Rio de Janeiro-RJ 1h21 min
E2	Não Kelva Aquino	<p>Autora, colaboradora e revisora de número expressivo de documentos e atuação na ATAN/CGPAN durante quase todo o período de recorte do estudo (1999 a 2010). Autora de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CAB nº 7 – HAS e DM (2001) • Alimentos Regionais Brasileiros (2002) • Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar (2005) • Guia prático para o preparo de alimentos para crianças que não podem ser amamentadas (2004) • Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde (edições 2007 e 2010) • Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional (2009) e Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do SISVAN (2011) ➤ Colaboradora de: Manual clínico de alimentação e nutrição na assistência a adultos infectados pelo HIV (2006) ➤ Revisora de: Preparações regionais saudáveis: mais saúde nas mesas das famílias do Programa Bolsa Família (2010) 	Mensagem para e-mail (fornecido por Eduardo Nilson) e Whatsapp	Servidora Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde do Distrito Federal	13/08/18 Local de trabalho da entrevistada em Brasília-DF 1h3min

E3	Sim	<p>Autoria e revisão de documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisão de Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica (2009) • Autoria de CAB nº 27 - Diretrizes do NASF – capítulo ações de alimentação e nutrição no NASF (2010) • Participação no grupo de elaboração da versão final da 2ª PNAN (2011) 	Mensagem para e-mails institucional e pessoal		13/08/18 Restaurante do Anexo do Ministério da Saúde em Brasília-DF 1h28min
E4	Sim	<p>Autoria de documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caderno de Atenção Básica nº29 Saúde da Criança: Nutrição Infantil - Aleitamento Materno e Alimentação Complementar (2009) • Atualização e revisão do conteúdo (2ª edição) de Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica (2010) • Caderno de Atenção Básica nº 27 – Diretrizes do NASF capítulo sobre ações de alimentação e nutrição no NASF 			15/08/18 Restaurante do Anexo do Ministério da Saúde em Brasília-DF 58min
E5	Não Ana Beatriz Vasconcelos	Coordenadora da CGPAN/CGAN de 2005 a 2010.	Mensagem para e-mail (fornecido por Eduardo Nilson)	Servidora Pública aposentada.	14/08/18 Fran's café na 205 Sul – Brasília – DF 1h40min
E6	Não Eduardo Nilson	<p>Atuação na SPS acompanhando o processo de formulação da 1ª PNAN e avaliação do Programa Bolsa Alimentação. Atuação como membro da equipe CGPAN/CGAN desde 2003, coordenando a equipe de monitoramento e avaliação desde 2009.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa Bolsa Alimentação Orientações para a coleta e análise de dados 	Mensagem para e-mail institucional	Gestor público lotado no Ministério da Saúde Coordenador substituto da CGAN	15/08/18 Sala de reuniões na sede do Ministério da Saúde 1h26min

		<p>antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do SISVAN (2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participou do grupo responsável pela versão final da 2ª PNAN 			
E6	Sim	<p>Atuação na CGPAN/CGAN desde set/2002. Participação em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisão técnica do Manual de Condutas Gerais do PNSVitaA (2004) • Elaboração de Manual Operacional do Programa Nacional de Suplementação De Ferro (2005) • Revisão técnica do Caderno de Atenção Básica nº 20: carências de micronutrientes (2007) – • Autora de Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde (edições 2007 e 2010) • Revisão da 2ª edição de Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica (2010) • Grupo responsável pela versão final da 2ª PNAN (2010/2011) 	Mensagem para e-mail institucional		15/08/18 Sala de reuniões na sede do Ministério da Saúde 1h17min
E8	Sim	<p>Atuação na CGPAN entre 2003 e 2006. Participação em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisão técnica de Vitamina A Mais - Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A - Condutas Gerais (2004) • Revisão técnica de Manual Operacional Programa Nacional de Suplementação De Ferro (2005) • Elaboração Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar (2005) 	Mensagem por e-mail e Whatsapp		16/08/18 Residência da entrevistada em Brasília-DF 1h40min

		<ul style="list-style-type: none"> • Colaboração especial em Caderno de Atenção Básica nº 12 – Obesidade (2006) • Autora de Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável (2006 1ªed) • Elaboração de Manual clínico de alimentação e nutrição na assistência a adultos infectados pelo HIV (2006) • Revisão técnica do Caderno de Atenção Básica nº 20: carências de micronutrientes (2007) 			
E9	Não Michelle Lessa	<p>Consultora técnica da CGPAN de 2000 a 2008 (via contrato UNESCO). Entre 2000 e 2003 foi coordenadora da equipe de implantação do Programa Bolsa-Alimentação e entre 2006-2008 coordenou a equipe de Gestão e Orçamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaboradora especial (pela OPAS) da Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica • Participou da Revisão final de Manual clínico de alimentação e nutrição na assistência a adultos infectados pelo HIV (2006) • Durante a entrevista informou ter elaborado o manual do ICCN 	Mensagem para e-mail institucional. Agendamento mediado pela secretária da entrevistada.	Servidora Pública do FNDE cedida ao Ministério da Saúde. Coordenadora Geral de Alimentação e Nutrição	16 de agosto Sala de reuniões na sede do Ministério da Saúde 1h41min
E10	Não Maria de Fátima Carvalho	<p>Atuação na ATAN/CGPAN - Consultora técnica de 04/1999 a 05/2000, de 2001 a 2003, Coordenadora de maio/2003 a jun/2005 e Consultora de julho/2005 a 2006 (equipe de Promoção da alimentação saudável e prevenção de carências nutricionais).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autora de Guia alimentar para crianças menores de dois anos (2002) • Colaboradora especial de Dez Passos para uma Alimentação Saudável Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 	Mensagem para e-mail institucional (fornecido por uma amiga)	Servidora Pública do Ministério da Saúde lotada na CGAN	17/08/18 Na estação de trabalho da entrevistada na sala do Departamento de Atenção Básica – sede do Ministério da Saúde 1h32min

		<p>anos: um guia para o profissional de saúde na Atenção Básica (com base no Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos de idade) (2002)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaboradora de vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde (2004) • Autora de Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável (2006 1ªed) • Revisão técnica de Vitamina A Mais - Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A - Condutas Gerais (2004) • Revisão técnica de Manual Operacional Programa Nacional de Suplementação De Ferro (2005) • Elaboração de Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar (2005) • Elaboração de Manual clínico de alimentação e nutrição na assistência a adultos infectados pelo HIV (2006) • Revisão técnica de Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde (2010) • Revisão técnica de: Caderno de Atenção Básica nº 20: carências de micronutrientes (2007) • Elaboração de Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde (2009) 			
E11	Sim	Consultora técnica CGPAN de 05/2001 a 2006 (de 09/2003 a 2006 – Coordenação da equipe de monitoramento e investigação em alimentação e nutrição)	Mensagem por e-mail e Whatsapp		23/08/2018 Por Skype (a entrevistada estava em Brasília)

		<ul style="list-style-type: none"> • Autora de vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde (2004) – Álbuns seriados e cartazes • Elaboração de Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde (2009) 			1h6min
E12	Sim	<p>Atuação na CGPAN de 1999 a 2003, como coordenadora da chamada “Área Técnica”.</p> <p>Participação em documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaboradora de vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde (2004) • Autora de Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável (2006 1ªed) • Revisão técnica de: Caderno de Atenção Básica nº 20: carências de micronutrientes (2007) • Elaboração de Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde (2009) 	Mensagem por e-mail e Whatsapp		24/08/2018 Por Skype (a entrevistada estava em Brasília) 1h17min
E13	Sim	<p>Atuação na CGPAN entre 2008 e 2010 – equipe de monitoramento e avaliação. Retomou a CGAN em 2011, onde foi coordenadora da equipe de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável até 2013 .</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação como autora no CAB nº 27 Diretrizes do NASF – capítulo ações de alimentação e nutrição (2010). • Participou do grupo responsável pela versão final da 2ª PNAN 	Mensagem por e-mail e Whatsapp		28/08/18 Sala de reuniões na UERJ 1h9min

E14	Não Rosani Pagani	Consultora Técnica do Departamento de Atenção Básica responsável por gerenciar o processo de implantação dos NASF entre 2008 e 2012. Organizadora do CAB nº27 - Diretrizes do Nasf e das oficinas de qualificação dos Nasf.	Mensagem por e-mail e Whatsapp	Orientadora de Aprendizagem do Curso de Aperfeiçoamento em Apoio Matricial na Atenção Básica da EaD-Ensp-Fiocruz	31/08/18 Hotel onde a entrevistada estava hospedada no Rio de Janeiro (aproveitamos sua vinda à uma oficina na Fiocruz) 42min
E15	Não Patrícia Jaime	Coordenadora da CGAN entre 2011-2014. Liderou o grupo responsável pela versão final da 2ª PNAN.	Mensagem por e-mail e Whatsapp	Docente da Faculdade de Saúde Pública da USP	26/10/18 Sala do IMS-UERJ (aproveitamos sua vinda ao Seminário de 10 anos do PPGAN-UERJ) 1h9min
E16	Não Denise Coitinho	Atuação na transição INAN-ATAN, 1ª Coordenadora da ATAN/CGPAN de 1998 a 2002. Informações sobre os Docs: Portaria e manual instrutivo do PCCN - 1998 e 2001; PNAN-1999; Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos - 2002; Alimentos regionais brasileiros - 2002 e documentos instrutivos do Programa Bolsa Alimentação - 2001/2002.	Mensagem por e-mail (fornecido por outra entrevistada)	Consultora independente	20/11/18 Por Skype (a entrevistada estava em Lisboa – Portugal) 1h55min
E17	Não Afra Suassuna	Coordenadora de Expansão da ESF 2000-2003 e diretora do Departamento de Atenção Básica 2003-2005 Citada na entrevista de Fátima Carvalho como apoiadora da vinculação da CGPAN ao DAB na reestruturação do Ministério da Saúde no início do Governo Lula, em 2003.	Mensagem ao e-mail pessoal (fornecido por uma pessoa conhecida em comum)	Superintendente de Ensino, Pesquisa e Extensão do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e docente do Mestrado em Educação da Faculdade Pernambucana de Saúde.	11/12/18 Por Skype (a entrevistada estava em Recife) 58min

ANEXO – Termos de Confidencialidade das transcrições das entrevistas (continua)

audiotext

Curitiba, 9 de agosto de 2018

À Kelly Poliany de Souza Alves

A Audiotext Serviços e Cia Ltda - ME, inscrita sob o CNPJ 17.429.373/0001-85, localizada na Av. Visconde de Guarapuava, 3965, cj.05, CEP 80.250-220, na cidade de Curitiba-PR, proprietária do telefone (41) 3363-3220 e do site www.audiotext.com.br, firma o presente termo para a prestação de serviço de transcrição de áudios de entrevistas realizadas pela pesquisadora Kelly Poliany de Souza Alves, por meio de equipe própria e/ou terceirizada sob responsabilidade da contratada.

Os termos abaixo versam sobre a confidencialidade e sigilo acerca do conteúdo dos áudios fornecidos pela contratante.

- A AUDIOTEXT compromete-se, por si e por seus empregados, mesmo que finda a relação contratual, a manter sigilo absoluto e a não transmitir quaisquer informações confidenciais pertinentes aos negócios e atividades da CONTRATANTE e tampouco divulgar a terceiros as informações contidas neste Contrato, salvo se de domínio público. I - Cada parte reconhece que durante o prazo deste Contrato receberá informações que poderão ser consideradas confidenciais pela outra parte. Nenhuma das partes divulgará, fornecerá ou de outra maneira tornará disponível a terceiros (inclusive a qualquer cliente em potencial) quaisquer informações consideradas exclusivas pela outra parte e utilizará essas informações potenciais no limite do necessário para a organização interna, somente na medida necessária para cumprir as disposições e finalidades deste Contrato e previstas expressamente segundo os seus termos.

- Cada parte concorda que protegerá as informações consideradas confidenciais pela outra parte por meio do exercício da mesma proteção e cuidado que ela utiliza habitualmente na salvaguarda das suas próprias informações exclusivas e confidenciais. A divulgação das informações consideradas confidenciais pela outra parte a empregados será feita somente no limite do necessário. Além disso, cada parte tomará as medidas razoáveis para informar aos seus empregados da natureza confidencial das informações assim caracterizadas para garantir por contrato ou de outra maneira que esses empregados sejam proibidos de copiar, revelar ou



Audiotext
CNPJ: 17.429.373/0001-85
Av. Visconde de Guarapuava, 3965
Telefone: 41 3363 3220
www.audiotext.com.br

ANEXO – Termos de Confidencialidade das transcrições das entrevistas (continuação)

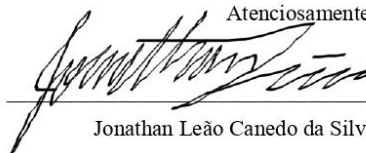
audiotext

usar essas informações, exceto na medida necessária para cumprir as obrigações das partes segundo este Contrato e para exigir que essas informações confidenciais sejam mantidas em um local seguro. Cada parte notificará imediatamente a outra se ela crer que essas Informações Exclusivas perderam a sua condição como tal, ou quando forem divulgadas pela parte possuidora de forma inequívoca em público.

- Fica também vedada a transmissão ou divulgação pelas partes de que qualquer informação referente a know-how, técnicas, designs, especificações, desenhos, cópias, diagramas, fórmulas, modelos, amostras, fluxogramas, croquis, fotografias, plantas, programas de computador (software e/ou linhas de comando e programação), discos, disquetes, CD's, DVD's, e outras mídias, fitas, contratos, planos de negócios, processos, projetos, conceitos de produto, especificações, amostras de ideia, clientes, nomes de revendedores e/ou distribuidores, preços e custos, definições e informações mercadológicas, invenções e ideias, outras informações técnicas, financeiras ou comerciais, dentre outro que sejam inerentes a atividade das partes aqui signatárias e que não sejam de público conhecimento.

- As mídias envolvidas nos trabalhos, sendo estas as gravações disponibilizadas pela CONTRATANTE e as transcrições pela CONTRATADA, deverão ser deletadas dos equipamentos, ou ainda de servidores em nuvem (cloud) em até 72 horas após a entrega da transcrição à CONTRATANTE.

Atenciosamente,



Jonathan Leão Canedo da Silva

Sócio - Administrador



Audiotext
CNPJ: 17.429.373/0001-85
Av. Visconde de Guarapuava, 3965
Telefone: 41 3363 3220
www.audiotext.com.br

ANEXO – Termos de Confidencialidade das transcrições das entrevistas (continuação)



TERMO DE COMPROMISSO, SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

De um lado: **Tecla Transcrição**, pessoa jurídica com sede à Rua João de Matos, 352, bairro Ipiranga – Belo Horizonte, MG, inscrita no CNPJ sob o nº 24.571.243/0001-48, neste ato representada por Caroline Borges Boaventura Ferreira de Sousa, inscrita no CPF nº 074.631.496-50, doravante denominado simplesmente como **CONTRATADA**; e, de outro lado, **Kelly Poliany de Souza Alves**, pessoa física, endereço Rua Barão de São Francisco, 212/901, Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20560-032, inscrita no CPF sob o n.º 029.927.224-99, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**.

CONSIDERANDO QUE:

I - A **CONTRATANTE** está contratando a **CONTRATADA** para o serviço de transcrição de áudio referente a entrevistas para pesquisa de doutorado, o qual deverá ser realizado e conduzido de acordo com prazo aprovado em orçamento.

II - A **CONTRATADA** obriga-se por si, seus representantes, procuradores, por terceiros eventualmente consultados, seus empregados, contratados e subcontratados, assim como por quaisquer outras pessoas a ela vinculadas, direta ou indiretamente, a manter sigilo, bem como a limitar a utilização das informações disponibilizadas para a elaboração e desenvolvimento da transcrição.

III – A **CONTRATADA** se obriga a não discutir perante terceiros, usar, divulgar, revelar, ceder a qualquer título ou dispor das informações, no território brasileiro ou no exterior, para nenhuma pessoa, física ou jurídica, e para nenhuma outra finalidade que não seja exclusivamente relacionada ao objetivo aqui referido, cumprindo-lhe adotar cautelas e precauções adequadas no sentido de impedir o uso indevido por qualquer pessoa que, por qualquer razão, tenha acesso a elas. A **CONTRATADA** se obriga também a responsabilizar-se por impedir, por qualquer meio em direito admitido, arcando com todos os custos do impedimento, mesmo judiciais, inclusive as despesas processuais e outras despesas derivadas, a divulgação ou utilização das informações confidenciais por seus agentes, representantes ou por terceiros consultados ou contratados.

IV – Por fim, ao término do trabalho, a **CONTRATADA** compromete-se a deletar o conteúdo dos áudios e seus derivados de seu banco de dados (os áudios e os arquivos resultantes do trabalho de transcrição: rascunhos, anotações e arquivos intermediário e final) deletando também os e-mails contendo anexos os documentos após a entrega dos mesmos ao cliente.

E, por estarem assim ajustadas, assinam as partes este instrumento, prometendo fazê-lo sempre bom, firme e valioso, por si e por seus sucessores.

Belo Horizonte, 24 de agosto de 2018.

Kelly Poliany de Souza Alves

Caroline Borges Boaventura Ferreira de Sousa

Tecla Transcrição
24.571.243/000148

CAROLINE BORGES
BOAVENTURA FERREIRA
DE SOUSA 07463149650

Rua João de Deus Matos, 352, Casa 01.
Ipiranga, CEP: 31160080
Belo Horizonte - MG

TECLA TRANSCRIÇÃO

(31) 99990-5005 | CAROLINE BORGES