



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Nutrição

Kelly Poliany de Souza Alves

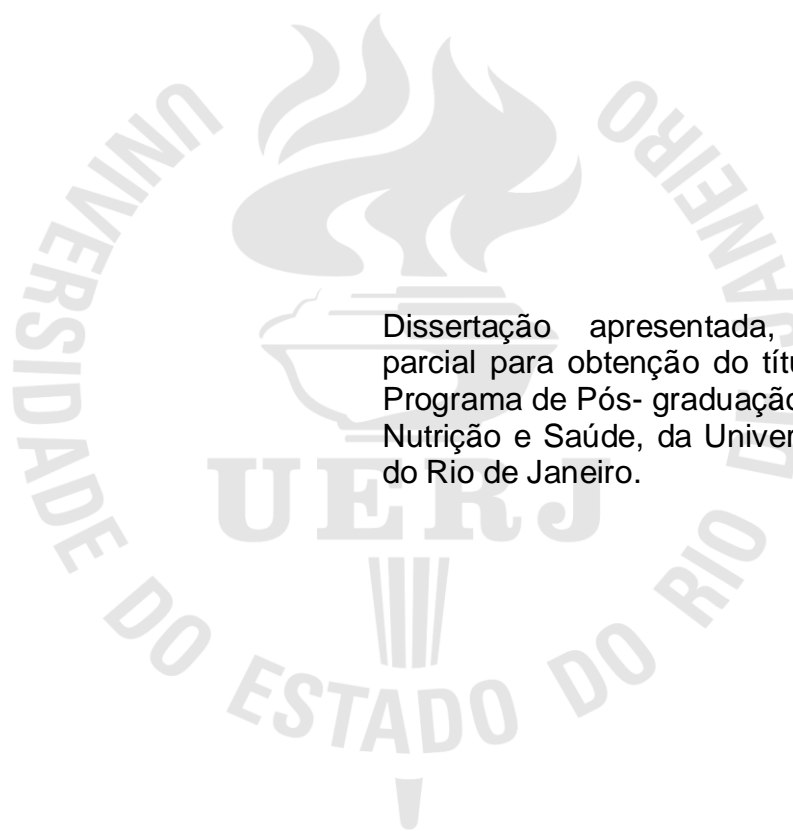
**Promoção de Segurança Alimentar e Nutricional na Estratégia  
Saúde da Família: uma aproximação a partir da escuta de  
diferentes atores sociais**

Rio de Janeiro

2010

Kelly Poliany de Souza Alves

**Promoção de Segurança Alimentar e Nutricional na Estratégia Saúde da Família: uma aproximação a partir da escuta de diferentes atores sociais**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Inês Rugani Ribeiro de Castro

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Shirley Donizete Prado

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

A474

Alves, Kelly Poliany de Souza.

Promoção de segurança alimentar e nutricional na estratégia saúde da família : uma aproximação a partir da escuta de diferentes atores sociais / Kelly Poliany de Souza Alves. – 2010.

117 f.

Orientadora: Inês Rugani Ribeiro de Castro.

Coorientadora:: Shirley Donizete Prado.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia.

1. Programa Saúde da Família (Brasil) – Teses. 2. Segurança Alimentar – Brasil – Teses. 3. Nutrição e Saúde Pública – Brasil – Teses. I. Castro, Inês Rugani Ribeiro de. II. Prado, Shirley Donizete. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição. IV. Título.

CDU 614.39(81)

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

---

Assinatura

---

Data

Kelly Poliany de Souza Alves

**Promoção de Segurança Alimentar e Nutricional na Estratégia Saúde da Família: uma aproximação a partir da escuta de diferentes atores sociais**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 16 de abril de 2010

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Inês Rugani Ribeiro de Castro (Orientadora)  
Instituto de Nutrição da UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia Ângela Gugelmin  
Instituto de Nutrição da UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciene Burlandy  
Faculdade de Nutrição da UFF

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Shirley Donizete Prado (Co-orientadora)  
Instituto de Nutrição da UERJ

Rio de Janeiro

2010

## DEDICATÓRIA

Aos meus avós, Irineu e Socorro, e aos meus pais, José e Inês,  
meus orientadores na Universidade da VIDA

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por tudo que me dá e ensina.

Ao Márcio, meu esposo super companheiro, participante ativo de toda a construção deste trabalho, por sua compreensão, paciência, estímulo e apoio.

Aos meus familiares, especialmente meus pais, José e Inês, e minha irmã Cris, por continuarem a me apoiar e encorajar a cada novo passo que decido dar no caminho que escolhi, mesmo significando aumentar nossa distância física e diminuir nosso tempo juntos.

Aos meus sogros, Penha e Paulo, por me acolherem em seu lar num momento decisivo e por manterem a porta sempre aberta para me receber.

Aos atores sociais participantes desta pesquisa, minhas pedras preciosas.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Inês Rugani, por compartilhar conhecimentos e práticas, pelas orientações para esta pesquisa e por confiar na minha capacidade de desenvolvê-la.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Shirley Prado, pela confiança contínua e apoio em momentos estratégicos da realização da pesquisa.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia Gugelmim, especialmente pelo apoio, compreensão e orientações cruciais nos momentos finais deste estudo.

À todas as amigas mestrandas, pelo carinho essencial na minha adaptação à vida carioca e de aluna da UERJ. Agradecimentos especiais a Vivi, Priscila, Gabriela e Andréa, pela escuta terapêutica nos momentos de aflição e pelos momentos de descontração e alegria.

À Maria e Viviane, secretárias do PPG ANS, pela atenção e ajuda sempre que precisei.

Aos colegas de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do território regional de Parque São José – Belford Roxo/RJ pela compreensão e apoio nos momentos finais deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

## RESUMO

ALVES, Kelly Poliany de Souza. *Promoção de Segurança Alimentar e Nutricional na estratégia saúde da família* : uma aproximação a partir da escuta de diferentes atores sociais. 2010. 117f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

A garantia de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) remete à necessidade de ações intersetoriais que articulem as dimensões alimentar e nutricional, além da questão contemporânea da sustentabilidade e da perspectiva do direito humano à alimentação adequada. O setor saúde tem funções específicas e importantes que contribuem para o conjunto das políticas de governo voltadas para a garantia da SAN a população. Desta forma, ações promotoras de SAN devem ser desenvolvidas em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, sendo a Atenção Básica à Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), um campo privilegiado de implementação dessas ações, uma vez que está configurada como a porta preferencial de entrada dos usuários no sistema de saúde e como o centro norteador da rede de assistência. Este é um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa que teve como objetivo conhecer o que profissionais de equipes de saúde da Família, gestores dos âmbitos federal e municipal ligados à ESF, além de representantes de organizações da sociedade civil atuantes no campo da SAN entendem sobre SAN e sobre práticas promotoras de SAN na ESF. A construção das informações ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas e grupos focais. Os profissionais referiram-se a SAN como a garantia de uma alimentação que atenda às necessidades nutricionais e que seja segura para o consumo, enquanto que entre os representantes da sociedade civil organizada e gestores predominou uma compreensão mais ampla da SAN. Os diferentes atores identificaram a ESF com um espaço promotor de SAN a partir do levantamento de ações já desenvolvidas ou que possam vir a ser desenvolvidas, porém as ações citadas encontram-se majoritariamente ligadas à dimensão nutricional da SAN. Os atores referiram um conjunto de problemas estruturais que desencadeiam dificuldades no cotidiano da organização dos serviços e das práticas dos profissionais e conseqüentemente na execução de ações promotoras de SAN nessa estratégia. Este trabalho levantou a necessidade de difundir a interdependência entre saúde e SAN entre gestores e profissionais ligados à ESF para que estes possam identificar melhor nas ações dos serviços de saúde elementos promotores da SAN, e desta forma compreender seu papel de agentes promotores de saúde e SAN.

Palavras-chave: Saúde da família. Atenção básica à saúde. Segurança alimentar e nutricional.

## ABSTRACT

Ensuring Food and Nutrition Security (SAN) refers to the need for intersectoral action to articulate the components of food and nutrition, beyond the contemporary question of sustainability and perspective of the human right to adequate food. The health sector has specific and important functions that contribute to the set of government policies directed toward the guarantee of the SAN the population. Thus, actions that promote SAN should be developed at all levels of attention of the Unified Health System (SUS) and the Primary Health Care through the Family Health Strategy (ESF), an ideal forum for implementing such actions, since it is configured as the preferred port of entry for users in the health system and as the center for directing the support network. This is an exploratory and descriptive study of qualitative boarding that aimed at knowing what the professionals of teams of health of the Family, managers of the federal and municipal levels related to ESF, as well as representatives of civil society organizations working in the field understand on SAN and on practices SAN promoters in ESF. The construction of the information occurred by means of half-structuralized interviews and focal groups. The professionals referred to a SAN as a guarantee of food that meets nutritional requirements and is safe for consumption, while among the representatives of civil society organizations and managers prevailed a broader understanding of SAN. The different actors had identified the ESF with a promotional space of SAN from the survey of developed actions already or that they can come to be developed, but the actions cited are mainly related to nutritional dimension of the SAN. The actors reported a set of structural problems that trigger difficulties in the daily organization of services and practices of professionals and hence the implementation of actions that promote SAN that strategy. This work raised the necessity to spread out the interdependence between health and SAN between on managers and professionals to the ESF so that these can better identify in the actions of the health services promotional elements of the SAN, and in such a way to understand its paper of promotional agents of health and SAN.

Keywords: Family Health. Primary Health Care. Food and Nutrition Security.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRANDH	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos
CAB/INAD	Coordenação de Atenção Básica do INAD
CAISAN	Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CGAB	Coordenação de Gestão da Atenção Básica
CGPAN	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CMESF	Coordenação Municipal da Estratégia Saúde da Família
CONSEA	Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional
CPDHAA	Comissão Permanente para o Direito Humano à Alimentação Adequada
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
FBSAN	Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional
INAD	Instituto de Nutrição Annes Dias
IUBAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PSF	Programa Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN	Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	09
1	<b>CONTEXTO DO ESTUDO</b> .....	13
1.1	<b>Trajetória da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasi</b> .....	13
1.2	<b>O Setor Saúde e a Promoção de Segurança Alimentar e Nutricional</b> .....	27
1.2.1	<b><u>A Estratégia Saúde da Família e a implementação de ações promotoras de Segurança Alimentar e Nutricional na Atenção Básica à Saúde</u></b> .....	33
2	<b>CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	44
2.1	<b>Caracterização do estudo</b> .....	44
2.2	<b>Identificação dos atores sociais</b> .....	45
2.2.1	<b><u>A Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro</u></b> .....	46
2.3	<b>Construção das informações</b> .....	48
2.4	<b>Organização das informações</b> .....	51
3	<b>DESCREVENDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS</b> .....	53
3.1	<b>Segurança Alimentar e Nutricional é...</b> .....	53
3.2	<b>Ações identificadas como promotoras de Segurança Alimentar e Nutricional na Estratégia Saúde da Família</b> .....	63
3.3	<b>Principais dificuldades para promoção de Segurança Alimentar e Nutricional na Estratégia Saúde da Família</b> .....	78
4	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	96
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	101
	<b>APÊNDICE A</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes de grupos focais .....	111
	<b>APÊNDICE B</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes de entrevistas .....	113
	<b>APÊNDICE C</b> - Termo de Consentimento Pós-informado de todos os participantes .....	115
	<b>APÊNDICE D</b> – Roteiro para realização de grupos focais e entrevistas .....	116
	<b>ANEXO A</b> – Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ .....	117

## INTRODUÇÃO

Este estudo acontece em um contexto de intensa expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como de crescimento e fortalecimento da questão da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na agenda pública nacional.

Uma confluência de agendas e atores (gestores municipais, dirigentes e técnicos federais, agências internacionais) favorece a entrada e progressiva valorização do Programa Saúde da Família (PSF) na agenda do Ministério da Saúde a partir de meados dos anos 1990 (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Devido a uma série de elementos favoráveis ao desenvolvimento e consolidação do PSF no Brasil, este ocupa espaço político e institucional não mais como “programa” na concepção tradicional, mas como estratégia estruturante da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família, com capacidade de provocar, ou contribuir para, a reorganização dos sistemas locais de Saúde, por meio da substituição do modelo tradicional de Atenção Básica (AB). Entre os elementos favoráveis destacam-se: o incremento expressivo de recursos; a adesão significativa de gestores municipais e estaduais, e também a parceria das instituições de ensino na qualificação dos profissionais para este novo modelo; e a oportunidade da implantação da Norma Operacional de Assistência (NOAS), que incorpora maior resolutividade à Atenção Básica e possibilita a integralidade da assistência pela organização dos serviços de forma hierarquizada e regionalizada (SOUZA, 2002).

Em dezembro de 2008 o total de equipes implantadas chegou a 29.300, localizadas em 94,1% dos municípios brasileiros, cobrindo 49,5% da população, o que corresponde a 93.178.011 habitantes (BRASIL, 2009a). A meta para o ano de 2009 era chegar a 31.500 equipes implantadas, sendo que até agosto já estavam implantadas 29.900 equipes (BRASIL, 2009b).

Um dos atuais desafios é o aumento da cobertura da ESF em municípios com mais de 100 mil habitantes, particularmente nas regiões metropolitanas, onde está grande parcela da população brasileira e uma baixíssima cobertura da ESF (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Também na década de 1990 o debate sobre Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) ganhou evidência no cenário político brasileiro (FROZI;

GALEAZZI, 2004). Mas, ao contrário da ESF, foi perdendo força e sendo deslocado do centro dos debates no país (VALENTE, 2005).

Somente a partir de 2001, previamente ao processo de eleições presidenciais de 2002, com o “Projeto Fome Zero” do Partido dos Trabalhadores (PT), o tema da SAN volta ao cenário político e tem permanecido nele durante os mandatos do Presidente Luís Inácio Lula da Silva.

Destacam-se entre as ações no campo da SAN nos últimos anos: (1) recriação do Conselho Nacional de SAN; (2) realização da II e da III Conferência Nacional de SAN; (3) aprovação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional - LOSAN, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN; (4) políticas sociais de transferência de renda e proteção social, como o Programa Bolsa Família - PBF, o Benefício de Prestação Continuada - BPC, a Previdência Rural e o Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar – PAA. Estas e outras ações têm contribuído para a redução da pobreza e dos índices de fome e desnutrição no país (VASCONCELOS, 2005; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b; BRASIL, 2007c). Porém, além da fome e da desnutrição, a ampliação do número de pessoas com excesso de peso e com obesidade também é um problema que chega ao debate no campo de SAN.

A III Conferência Nacional de SAN, realizada em 2007, aponta para a necessidade de *“fortalecer as ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde, de modo articulado às demais políticas de segurança alimentar e nutricional”* (BRASIL, 2007b, p.30). Sendo a AB/ESF considerada hoje como o centro reordenador da rede de assistência à saúde, torna-se imprescindível discutir sua contribuição para a promoção de SAN no Brasil.

Minha vivência na ESF, durante o curso de Especialização com caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no município de Sobral – CE, e a participação nas Conferências de SAN, entre os anos de 2005 e 2007, trouxeram vários questionamentos quanto à participação do setor saúde na questão da Segurança Alimentar e Nutricional, em especial da ESF. Percebi o grande distanciamento entre as questões debatidas nacionalmente e o que estava realmente em foco no cotidiano das equipes de saúde. A operacionalização dos programas e o preenchimento dos protocolos e sistemas de informação estavam acima de qualquer reflexão acerca da questão alimentar e nutricional da população assistida, mesmo sendo esta uma das principais causas dos problemas de saúde

enfrentados. Duas perguntas principais começaram a me angustiar: os profissionais da Estratégia Saúde da Família sabem o que é SAN? Eles reconhecem em suas ações elementos promotores da SAN?

No mestrado acadêmico do programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde (PPG-ANS) da UERJ minhas questões iniciais foram acolhidas e ampliadas para outros atores envolvidos com a ESF e com a SAN: gestores municipais e federais do setor saúde e participantes de organizações da sociedade civil atuantes no campo da SAN. Estes atores reconhecem a ESF como um campo de desenvolvimento de ações promotoras de SAN? Se reconhecem, o que vislumbram como ações promotoras de SAN em desenvolvimento ou que podem ser desenvolvidas na ESF?

As perguntas apresentadas nortearam a construção dos seguintes objetivos:

- Conhecer o que profissionais de equipes da ESF do município do Rio de Janeiro, gestores ligados a ESF em âmbito municipal e federal e participantes de organizações da sociedade civil que atuam no campo da SAN entendem sobre SAN;
- Identificar se os diferentes atores sociais reconhecem a ESF como um espaço promotor de SAN;
- Conhecer que ações os diferentes atores sociais identificam como promotoras de SAN na ESF;
- Identificar as principais dificuldades para promoção de SAN na ESF na ótica dos atores.

Conhecer o que estes diferentes atores sociais pensam sobre esta temática torna-se importante uma vez que eles têm poder de influência na elaboração e/ou implementação das políticas de saúde e de SAN, tanto potencializando oportunidades quanto favorecendo resistências.

Para contemplar tais questões, a apresentação deste estudo foi dividida em quatro partes, além desta introdução, onde se explicitou o tema da pesquisa, as motivações para realizá-la, seus objetivos e justificativa.

A primeira parte apresenta o contexto em que se insere o estudo a partir do referencial teórico que foi subdividido em dois tópicos: o primeiro traz um resgate histórico da SAN no Brasil para subsidiar o entendimento da evolução deste conceito

no país e da necessidade de políticas públicas intersetoriais para sua garantia a população; o segundo busca apontar as funções do setor saúde enquanto contribuinte para a promoção de SAN, assinalando a atenção básica, através da Estratégia Saúde da Família, como espaço privilegiado para desenvolvimento de ações promotoras de SAN.

Na segunda parte são apresentadas as escolhas metodológicas para realização da pesquisa, além de uma breve descrição do cenário da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

A terceira parte traz a descrição e discussão dos resultados com o referencial teórico apresentado e outras leituras sugeridas pelas informações construídas junto aos atores sociais.

A quarta parte refere-se às considerações finais, que não buscam encerrar o debate sobre esta temática, mas sintetizar os resultados deste estudo e apontar novas questões que possam ser estudadas para ampliação do conhecimento nesta área.

## **1. CONTEXTO DO ESTUDO**

### **1.1 Trajetória da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil**

O conceito de SAN vem sendo debatido no Brasil há pelo menos 20 anos. Trata-se de um conceito em construção e disputa, tanto no cenário nacional quanto internacional, cuja evolução tem acompanhado as necessidades de diferentes povos e épocas, assim como os conflitos de interesses que envolvem governos, organismos internacionais, representantes de setores produtivos, organizações da sociedade civil e movimentos sociais, entre outros (VALENTE et al., 2007a; MALUF, 2007).

O termo “Segurança Alimentar” começou a ser utilizado na Europa, a partir da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), estando ligado ao conceito de segurança nacional. Desta forma, o termo segurança alimentar representava a idéia de que a soberania de um país dependia de sua capacidade de auto-suprimento de alimentos de forma a não ficar vulnerável a possíveis embargos, cercos ou boicotes devido a razões políticas ou militares (MALUF; MENEZES; MARQUES, 2000; VALENTE et al., 2007a).

Valente et al. (2007a) descrevem que este conceito ganhou força após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) e, em especial, a partir da constituição da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945. Os autores destacam que já se podia observar uma tensão política entre organismos que entendiam o acesso ao alimento de qualidade como um direito humano (Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação - FAO e outros), e alguns que entendiam que a Segurança Alimentar seria garantida por mecanismos de mercado (como o Fundo Monetário Internacional - FMI e o Banco Mundial).

O entendimento de que a Segurança Alimentar referia-se estritamente à produção de alimentos foi hegemônico até a década de 1970. A I Conferência Mundial de Alimentação, promovida pela FAO em 1974 em meio à escassez dos estoques mundiais de alimentos, identificou que a garantia da Segurança Alimentar teria que passar por uma política de armazenamento estratégico e de oferta de

alimentos, associada à proposta de aumento da produção de alimentos (VALENTE et al., 2007a; MALUF; MENEZES; MARQUES, 2000).

Esta conjuntura favoreceu o argumento da indústria química para o desenvolvimento da chamada Revolução Verde, que visava ao aumento significativo da produção agrícola através do emprego maciço de insumos químicos (fertilizantes e agrotóxicos) como forma de acabar com a fome no mundo. A Revolução Verde foi intensificada, inclusive no Brasil, com um enorme impulso na produção de soja. A produção mundial de alimentos cresceu, mas também cresceu o número de famintos e de excluídos, pois o aumento da produção não implicou aumento da garantia de acesso aos alimentos (VALENTE et al., 2007a; MALUF; MENEZES; MARQUES, 2000).

Na década de 1980, sem que ainda tivesse sido resolvido o grave problema nutricional da população mundial, reconheceu-se que o problema encontrava-se muito mais no acesso ao alimento do que na sua produção. Assim, o conceito de Segurança Alimentar passou a ser relacionado com a garantia de acesso físico e econômico de todos - e de forma permanente - a quantidades suficientes de alimentos (VALENTE et al, 2007a).

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 conseqüências práticas na época.

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.

Para os autores esse conceito 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.



Frozi e Galeazzi (2004) apontam que na década de 1990 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, abarcando 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 insegurança alimentar 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 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).

A organização da sociedade civil em torno da “Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida” também foi 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, 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”*.

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.

A I CNSA consolidou o conceito já definido em 1986 na I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição. Segundo Frozi e Galeazzi (2004), nesse momento histórico foi incorporado ao conceito de Segurança Alimentar o termo “nutricional”.

Maluf (2007) explica que o acréscimo do adjetivo “nutricional” à expressão definida internacionalmente como “segurança alimentar” é uma peculiaridade brasileira, cujo 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 inicia 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.

Os gerenciadores do Programa Comunidade Solidária basearam-se na experiência do CONSEA assumindo e ampliando suas prioridades. Tratava-se de uma nova proposta para gerenciar as ações na área social com base em quatro grandes princípios: parceria, solidariedade, descentralização, integração e convergência das ações. Concentrou-se o trabalho nos municípios mais pobres do país, sendo selecionados 20 programas de nove ministérios para constituir a Agenda Básica do programa. Estes programas receberam um selo de prioridade que os credenciava como alvo preferencial de alocação de recursos, integração e articulação com outros programas e níveis de ação governamental, bem como abertura para parceria com a sociedade (PELIANO et al, 1995).

A estrutura operacional do programa Comunidade Solidária foi composta por uma Secretaria-Executiva e por um Conselho Consultivo. A Secretaria-Executiva estava ligada à Casa Civil da Presidência da República. A ela não cabia executar programas e/ ou projetos, era uma instância de articulação que tinha como principais missões: encaminhar as recomendações do Conselho aos Ministros de Estado; coordenar e articular as ações de governo no âmbito do Comunidade Solidária e secretariar o Conselho do programa. Ao Conselho Consultivo competia incentivar a mobilização da sociedade civil e potencializar suas iniciativas, estimular a parceria e a integração entre os órgãos públicos nas três esferas de governo e promoção de integração de esforços entre governo e sociedade (PELIANO et al, 1995).

Resende (2000) cita uma análise realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 1998 que apontou como pontos positivos do conjunto dos programas da Agenda Básica do Comunidade Solidária, entre outros: a) a ampliação da capacidade de atuação governamental, mobilizando e otimizando recursos dispersos na sociedade e nos órgãos governamentais e b) a potencialização dos resultados, pelo aumento da convergência de programas de combate à fome e à miséria, via implantação simultânea e integrada nos municípios mais pobres. A mesma pesquisa apontou como aspectos negativos, passíveis de melhoria, entre outros: a) a promoção e a regularização de transferência de recursos; b) o grau efetivo de participação social e c) a realização de diagnósticos para adequar os programas às realidades locais e dimensionar as demandas.

Para Valente (2005), o governo Fernando Henrique priorizou a estabilidade econômica ao invés do desenvolvimento social do país e retirou da sua agenda a questão da Segurança Alimentar e Nutricional, reduzindo-a ao enfrentamento da fome e da desnutrição no contexto de propostas de diminuição da pobreza e da exclusão social por intermédio do Programa Comunidade Solidária, de forma totalmente desvinculada de uma articulação efetiva com políticas econômicas. Para o autor, a única iniciativa deste governo em relação à Segurança Alimentar e Nutricional que teve algum resultado positivo, que ainda hoje tem repercussões, foi a elaboração do documento brasileiro para a Cúpula Mundial da Alimentação, realizada em Roma em 1996. Valente et al (2007a) ressaltam que o termo Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) somente passou a ser divulgado com mais força no Brasil após o processo preparatório para a Cúpula Mundial de Alimentação, de 1996, e com a criação do Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional (FBSAN), em 1998.

O FBSAN é uma articulação de entidades, movimentos sociais da sociedade civil organizada, indivíduos e instituições que se ocupam da questão da Segurança Alimentar e Nutricional. Dentre seus principais objetivos e ações, que vêm sendo implementados ao longo de sua trajetória, destacam-se: mobilizar a sociedade em torno do tema da SAN e colaborar para a formação de uma opinião pública favorável a esta perspectiva. Este Fórum tem se constituído num importante interlocutor da sociedade com o governo federal, neste tema, dentro do CONSEA e também na Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutricional (CIAN) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que monitora e participa da formulação e implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (FBSAN, 2008).

Valente (2005) aponta ainda que o processo de debate para elaboração do documento deixou claras as divergências existentes entre a área econômica do governo e os setores sociais envolvidos no debate. Segundo Pessanha (2004, p.21):

O documento apresenta um conjunto de recomendações para ações futuras de modo a nortear a implantação de uma política nacional e internacional agroalimentar. Entre aquelas, registra-se que o papel das prioridades da política macroeconômica e das políticas setoriais não pode ser definido exclusivamente por uma lógica econômica estrito senso, devendo se orientar por objetivos sociais e por uma visão de desenvolvimento pautada na eficiência econômica, na equidade social, na sustentabilidade ambiental, na universalização da cidadania e no fortalecimento da democracia.

Houve uma tentativa entre a Secretaria Executiva do Programa Comunidade Solidária junto à sociedade civil envolvida com a questão da Segurança Alimentar e Nutricional de manter um seguimento do cumprimento das resoluções da Cúpula Mundial de Alimentação realizada em 1996, mas o comitê formado reuniu-se apenas algumas vezes em 1997 e 1998, não chegando a ser oficializado, sendo dissolvido em 1999 (VALENTE, 2005).

A década de 1990 foi marcada pela implementação de idéias neoliberais que privilegiavam a estabilização econômica e modernização do Estado, levando a extinção de órgãos públicos e a redução de recursos para programas sociais. Destaca-se nesse período a destruição do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), extinto em 1997.

Criado em 1972, o INAN era uma autarquia ligada ao Ministério da Saúde com finalidade de assistir o governo nas questões de alimentação e nutrição, sendo responsável pela elaboração do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), além de promover sua execução, supervisionar e fiscalizar sua implementação, avaliar periodicamente seus resultados e, se necessário, propor revisão (ARRUDA; ARRUDA, 2007). Segundo Leão e Castro (2007, p.520), o INAN interagiu com outras estruturas de comando de vários ministérios, pois sua missão de coordenar o PRONAN ultrapassava a esfera do setor saúde. As autoras referem que *“Em verdade, o INAN era o braço executivo da política social do governo e, durante alguns anos, seu orçamento foi maior do que o do Ministério da Saúde, em função da extensão de alguns de seus programas de distribuição de alimentos”*.

Durante o final do primeiro mandato (1998) e início do segundo do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1999), foi deflagrada uma mobilização de profissionais da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN)<sup>1</sup> do Ministério da Saúde junto a representantes de distintos segmentos da sociedade civil, instituições acadêmicas e de pesquisa na área, do setor produtivo da área de alimentos e diferentes órgãos e instâncias de governo para discussão e elaboração da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), culminando com sua aprovação em 1999 pelo Conselho Nacional de Saúde como parte da Política Nacional de Saúde (VASCONCELOS, 2005; VALENTE, 2005; LEÃO; CASTRO, 2007).

---

<sup>1</sup> A ATAN foi criada para desempenhar as competências do INAN. Em 2001 tornou-se a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), órgão vinculado ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Segundo Pinheiro e Carvalho (2008, p.172) a construção da PNAN foi assumida por um conjunto de atores sociais “*como um caminho possível de resistência e valorização desta temática no Ministério da Saúde*”, sendo constituída na perspectiva da promoção do direito humano à alimentação adequada e apontando para a necessidade de uma política intersectorial de Segurança Alimentar e Nutricional (VASCONCELOS, 2005; VALENTE, 2005).

Desta forma, A PNAN surge como um meio para garantir dentro do governo Fernando Henrique Cardoso um espaço para a Segurança Alimentar e Nutricional, uma vez que o CONSEA e o INAN haviam sido extintos.

Pessanha (2004) aponta que a política macroeconômica prevalecente no período gerou tensões entre os objetivos econômicos e sociais da política pública, levando a “*prevalência dos primeiros sobre os demais*”. Assim, dando continuidade a política neoliberal do seu primeiro mandato, Fernando Henrique Cardoso extinguiu o Programa Comunidade Solidária em 1999 e suas competências foram redistribuídas em dois grandes eixos: 1- o Projeto Alvorada, voltado para o combate à pobreza e 2 - o Comunidade Ativa, focada no desenvolvimento local integrado e sustentável.

A autora destaca ainda no governo Fernando Henrique a implementação de diversos programas de garantia de renda mínima voltados ao atendimento de grupos socialmente vulneráveis, entre eles o Programa Bolsa Alimentação (PBA). Este programa foi proposto pela ATAN e lançado em 2001 em substituição ao Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN) com uma grande ampliação de recursos e acelerada implantação durante o último ano do governo (PESSANHA, 2004; VALENTE, 2005).

“*O PBA representou uma mudança de paradigma na intervenção governamental no campo da alimentação e nutrição*”, promovendo, ao invés da distribuição de alimentos e/ou suplementos, a autonomia das famílias pela transferência direta de renda para que elas próprias pudessem adquirir os alimentos necessários às crianças, gestantes e nutrizes (LEÃO; CASTRO, 2007, p.526). O PBA também inovou ao entregar preferencialmente à mulher o cartão bancário para saque do recurso mensal, valorizando o protagonismo feminino, e promovendo o estreitamento do vínculo das famílias com os serviços de atenção básica à saúde (LEÃO; CASTRO, 2007).

Assim, no decorrer da década de 1990, o tema da Segurança Alimentar e Nutricional vai perdendo força e sendo deslocado do centro dos debates no país.

Mas, em um momento estratégico, precisamente outubro de 2001, o Partido dos Trabalhadores lança o "Projeto Fome Zero": uma proposta de Política de Segurança Alimentar para o Brasil. Pessanha (2004, p.23) destaca que este projeto *"aprofunda a abordagem das questões e avança na proposição de políticas, comparativamente à proposta do 'Governo Paralelo', de uma década atrás"*.

As ações propostas no Fome Zero agrupam três modalidades de intervenção:

1- Políticas Estruturais (políticas de emprego e renda, reforma agrária, previdência social, bolsa escola e renda mínima);

2- Políticas Específicas (estoques de alimentos de segurança, ampliação do Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT e do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE, educação para o consumo alimentar, combate à desnutrição);

3- Políticas Locais (programas para áreas rurais, para pequenas cidades e para metrópoles).

O momento político no Brasil no ano de 2002, período de campanha eleitoral para Presidência da República, impulsiona a retomada do debate sobre Segurança Alimentar e Nutricional. O Projeto Fome Zero se constitui no carro chefe da campanha vitoriosa do candidato Luís Inácio Lula da Silva.

Em janeiro de 2003 o novo Presidente recria o CONSEA, agora como órgão de caráter consultivo e de assessoria imediata ao Presidente da República. O CONSEA é hoje o principal instrumento de articulação entre governo e sociedade civil na proposição de diretrizes para as ações na área de SAN, realizando o acompanhamento de diferentes programas e ações guiado pelas resoluções da Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

Em seu primeiro ano de governo, Luís Inácio cria o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar (MESA). Esse ministério, entretanto, teve enormes dificuldades para desempenhar suas ações, havendo muitos conflitos de interesses entre o MESA e os diferentes ministérios que deveriam ser parceiros (VALENTE, s/d). No início de 2004, em uma reforma ministerial, uniram-se as pastas da Segurança Alimentar e da Assistência Social formando o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Entre as ações do MDS vale destacar a unificação dos programas sociais de transferência de renda existentes criando o Programa Bolsa Família (PBF), integrante do Programa Fome Zero. Este é um programa de transferência direta de

renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, de acordo com a Lei 10.836, de 09 de janeiro de 2004 e o Decreto nº 5.749, de 11 de abril de 2006 (BRASIL, 2008h).

O Programa pauta-se na articulação de três dimensões essenciais à superação da fome e da pobreza:

1-Promoção do alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família; 2-Reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de Saúde e Educação, por meio do cumprimento das condicionalidades, o que contribui para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre gerações; 3-Coordenação de programas complementares, que têm por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários do Bolsa Família consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza. São exemplos de programas complementares: programas de geração de trabalho e renda, de alfabetização de adultos, de fornecimento de registro civil e demais documentos (BRASIL, 2008h, s/p.).

Em 2004 foi realizada a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (II CNSAN) em Olinda - PE. Esta conferência representou um marco para a mobilização nacional em torno do tema após 10 anos da I CNSA. Naquele contexto outras dimensões já vinham sendo agregadas ao conceito de SAN, como a Soberania Alimentar<sup>2</sup> e o Desenvolvimento Sustentável. Valente et al (2007a) relatam que estas dimensões são incorporadas por ocasião da II CNSAN e hoje o seguinte conceito é adotado em nosso país:

A Segurança Alimentar e Nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2004a, p.4).

Valente et al. (2007a, p.6-7) apontam que para promover a SAN a dimensão alimentar, relativa à produção e disponibilidade de alimentos, deve ter as seguintes características:

- a) suficiência para atender a demanda;
- b) estabilidade e continuidade para garantir a oferta permanente, neutralizando as flutuações sazonais;
- c) autonomia para alcançar a auto-suficiência nacional nos alimentos básicos;

---

<sup>2</sup> Segundo Valente et al (2007a, p.6), “o conceito de soberania alimentar defende que cada nação tem o direito de definir políticas que garantam a Segurança Alimentar e Nutricional de seus povos, incluindo aí o direito à preservação de práticas de produção e alimentares tradicionais de cada cultura”.



d) equidade para garantir o acesso universal às necessidades nutricionais adequadas para manter ou recuperar a saúde nas etapas do curso da vida e nos diferentes grupos da população;

e) sustentabilidade do ponto de vista agroecológico, social, econômico e cultural com vistas a assegurar a SAN das próximas gerações.

Os mesmos autores apontam que a dimensão nutricional, que incorpora as relações entre o ser humano e o alimento, tem implicações nos seguintes aspectos:

a) escolha de alimentos saudáveis;

b) preparo dos alimentos com técnicas que preservem o seu valor nutricional e sanitário;

c) consumo alimentar adequado e saudável;

d) boas condições de saúde, higiene e de vida para melhorar e garantir a adequada utilização biológica dos alimentos consumidos;

e) promoção dos cuidados com sua própria saúde, de sua família e comunidade;

f) acesso aos serviços de saúde de forma oportuna e com resolutividade das ações prestadas;

g) promoção dos fatores ambientais que interferem na saúde e nutrição como as condições psicossociais, econômicas, culturais, ambientais.

O papel da SAN para garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) também está expresso no conceito em vigor no Brasil. A Conferência Internacional de Direitos Humanos realizada em Viena em 1993 reafirmou a indivisibilidade dos direitos humanos e desencadeou um movimento de reafirmação do DHAA. Este direito, inerente a todas as pessoas, refere-se ao direito de estar livre da fome e da má nutrição e ao direito de ter uma alimentação adequada (VALENTE et al., 2007a).

Além desses aspectos, tem-se no enfoque contemporâneo da SAN em vigor no Brasil, a questão da sustentabilidade cultural, econômica, social e ambiental. Esta questão ressalta que a cultura alimentar dá sentido aos alimentos que são cultivados, comercializados e consumidos, caracterizando indivíduos e povos. Devendo, portanto, ser considerada na elaboração de políticas promotoras de SAN. Os modos de produção, desde a origem das sementes, a qualidade da terra e da água, a distribuição e comercialização dos alimentos, as relações econômicas e sociais em todo esse processo devem ser pautadas pela sustentabilidade. As práticas de hoje não devem comprometer a SAN de amanhã.

Florentino (2008) menciona que foi a partir de 1994, por influência das discussões iniciadas nas décadas de 70 e 80, que culminaram com a proposição da Agenda 21<sup>3</sup>, proposta após a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento - Cúpula da Terra (Eco 92 ocorrida no Rio de Janeiro) que a inclusão da sustentabilidade no conceito de SAN começa a surgir.

O atual conceito adotado no Brasil é bastante complexo e remete a necessidade de ações de diversos setores para garantia da SAN da população, conforme explica Burlandy (2004, p.10):

O conceito de SAN [...] remete a um desenho institucional de política pública que é, por princípio, supra-setorial (situado acima dos setores) e que norteia a implementação de ações setoriais a partir de uma compreensão integrada dos componentes alimentar (disponibilidade, produção, comercialização e acesso ao alimento) e nutricional (relacionado às práticas alimentares e à utilização biológica do alimento). Isso implica que cada setor atue em função dos objetivos mais amplos da SAN.

De acordo com o Relatório Final da II CNSAN (BRASIL, 2004b, p.5), os debates ocorridos nos grupos temáticos e nas plenárias, bem como as proposições aprovadas, reafirmaram princípios gerais que devem estar associados à Segurança Alimentar e Nutricional e contemplados nas ações e políticas públicas voltadas para promovê-la. São eles:

- a) Adotar a ótica da promoção do direito humano à alimentação saudável, colocando a SAN como objetivo estratégico e permanente associado à soberania alimentar.
- b) Assegurar o acesso universal e permanente a alimentos de qualidade, prioritariamente, por meio da geração de trabalho e renda e contemplando ações educativas.
- c) Buscar a transversalidade das ações por intermédio de planos articulados intersetorialmente e com participação social.
- d) Respeitar a equidade de gênero e étnica, reconhecendo a diversidade e valorizando as culturas alimentares.
- e) Promover a agricultura familiar baseada na agroecologia, em conexão com o uso sustentável dos recursos naturais e com a proteção do meio ambiente.
- f) Reconhecer a água como alimento essencial e patrimônio público.

---

<sup>3</sup> A Agenda 21 propõe um conjunto de metas a ser implementado ao longo do século XXI pelos governos, em todos os seus níveis, pelas Organizações Não-Governamentais e demais instituições da sociedade civil, com o apoio da ONU, e pelas demais instituições multilaterais e nacionais de fomento ao desenvolvimento socioeconômico para a criação de um mundo equilibrado (FLORENTINO, 2008, p.54).

Uma grande preocupação nos debates ocorridos na II CNSAN, refletida nas propostas aprovadas em plenária, foi a institucionalização da SAN. Entre as propostas se destaca a seguinte:

Instituir um Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável, garantindo a regulamentação das políticas de SAN como política pública integral, com Lei Orgânica e orçamento próprio, prevendo criação de fundo específico, com definição de ações, diretrizes, recursos e papel dos diferentes níveis de governo na obrigação do Estado de garantir o direito humano à alimentação; contemplando a gestão participativa (de atores da sociedade civil organizada e do governo nos três níveis), a regionalização e produção, realizando as Conferências como instâncias deliberativas, preferencialmente a cada dois anos, respeitando as questões de gênero, raça, etnia, geração e regionalidade e prevendo a criação de leis complementares nos estados e municípios (BRASIL, 2004b, p. 11).

A militância para manter a questão da SAN como prioritária durante o governo de Luís Inácio Lula da Silva e prover mecanismos para que as futuras trocas de governo não provocassem descontinuidade administrativa das ações de SAN, tendo em vista o novo processo eleitoral em 2006, impulsionou a elaboração do Projeto de Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN). A Lei nº 11.346 foi sancionada pelo Presidente da República no dia 15 de Setembro de 2006, criando o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada. Vale ressaltar que, ainda que assinada e encaminhada pelo Presidente, a LOSAN foi uma proposta construída com forte participação da sociedade civil (BRASIL, 2007a).

A partir da LOSAN, a SAN deixa de ser uma política de governo, para se transformar em uma política de Estado, que deverá ser estruturada em forma de Política e Plano Nacional e organizada por meio de um Sistema intersetorial.

Em 2007 inicia-se o segundo mandato do governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva e realiza-se em Fortaleza- CE a III CNSAN. A gestão 2007-2009 do CONSEA foi formada por 57 conselheiros (38 representantes da sociedade civil e 19 ministros de Estado e representantes do Governo Federal), além de 23 observadores convidados (BRASIL, 2008a).

A III CNSAN, com o tema “Por um Desenvolvimento Sustentável com Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional”, teve o objetivo principal de construir o SISAN. Seus objetivos específicos foram propor:

- diretrizes de Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional como eixos estratégicos para o desenvolvimento com sustentabilidade;

- bases para o marco regulatório e implementação do SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, bem como garantir os mecanismos para sua exigibilidade;
- diretrizes, eixos e prioridades da Política e do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional;
- orientações para que o Estado brasileiro promova sua soberania alimentar e contribua para a realização do direito humano à alimentação adequada no plano internacional (BRASIL, 2007b, p.7)

Para atender aos objetivos, foram definidos três eixos temáticos para discussão na conferência: 1- Segurança Alimentar e Nutricional nas estratégias nacionais de desenvolvimento; 2 - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; 3 - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

De acordo com informe do CONSEA (BRASIL, 2007c, s/p.), a Carta de Fortaleza traz como principais pontos discutidos na III CNSAN:

O fortalecimento do Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA), a revisão da Lei de Biossegurança, com a suspensão da liberalização dos produtos transgênicos, e a definição de uma política energética sustentável que assegure a segurança alimentar e nutricional e limite o avanço das monoculturas. O documento requer que a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) seja orientada por seis diretrizes integradoras entre sociedade e governo, promovendo o acesso universal à alimentação adequada e saudável e a ampliação de ações para povos indígenas e demais povos e comunidades tradicionais. Outra deliberação definida no texto da Carta de Fortaleza é o início imediato da construção do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), previsto na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN).

Apesar das reivindicações e da preocupação com temas importantes da pauta nacional, a Carta de Fortaleza destaca os avanços conquistados desde a II CNSAN, em 2004, com a incorporação da política de Segurança Alimentar e Nutricional e do Direito Humano à Alimentação Adequada, na agenda pública e a recriação do CONSEA em 2003. Além disso, refere-se à melhoria de vários indicadores da realidade brasileira, como a redução da pobreza e índices de fome e desnutrição, em função de políticas sociais de transferência de renda e proteção social, como o Programa Bolsa Família, o Benefício de Proteção Continuada (BPC) e a previdência rural, sem contar o apoio à agricultura familiar devido a criação do Programa de aquisição de alimentos da agricultura familiar (PAA) (BRASIL, 2007c).

Neste processo histórico de construção ainda persistem muitos desafios a serem enfrentados e superados, porém é possível observar que o cenário atual agrega atores em diferentes setores de governo e organizações sociais sob uma lógica de negociação que aponta para um significativo avanço na resolução da problemática alimentar e nutricional em nosso país por meio da conformação do SISAN. Tanto pelos marcos legais e espaços de participação consolidados, quanto

pelos avanços na concepção e implantação de programas e ações, que respondem aos anseios da sociedade e que hoje contribuem para construção deste Sistema.

Entre os desafios atuais está a necessidade de instituir a articulação entre o SISAN e os demais sistemas de políticas públicas, em especial com o Sistema Único de Saúde (SUS).

## 1.2 O Setor Saúde e a Promoção de Segurança Alimentar e Nutricional

Ainda que historicamente o setor saúde tenha incorporado a responsabilidade das políticas de alimentação e nutrição no Brasil, uma vez que recaem sobre ele as conseqüências da insegurança alimentar e nutricional da população, a garantia de SAN depende de um conjunto de ações intersetoriais. E nesta compreensão o setor saúde continua tendo funções muito específicas e importantes que contribuem para o conjunto das políticas de governo voltadas para a concretização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (BRASIL, 2006b).

Pinheiro e Carvalho (2008, p. 172) destacam que

a temática da alimentação e nutrição, no campo das políticas públicas, é acolhida pelo setor saúde e tem na lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (n.º 8080) o respaldo legal necessário para se “fixar” e propor ações nesse sentido. Contudo, projetos, programas e ações relativos à assistência social continuaram a realizar práticas de distribuição de alimentos à população de baixa renda.

Na Lei Orgânica de Saúde (LOAS) a alimentação é apontada como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde da população. No Art. 6º desta lei encontram-se dentro do campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) as ações de vigilância nutricional e orientação alimentar e também de vigilância sanitária, onde está incluído “o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo” e “o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde” (BRASIL, 1990, p.3).

No Art. 12 da LOAS é instituída a criação de comissões intersetoriais, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, para articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no

âmbito do SUS. As atividades de alimentação e nutrição estão entre as prioridades para a realização dessas articulações, o que contribui para reforçar que a garantia de SAN da população não depende exclusivamente do setor saúde, mas que este tem papel especial no processo de articulação intersetorial, ressaltando junto aos demais setores a importância do componente nutricional. Ao mesmo tempo estas articulações aproximam o setor saúde das dimensões de produção, comercialização, acesso e consumo, o que também geraria impacto nas ações realizadas pelo SUS (BRASIL, 1990; BURLANDY, 2004).

No final da década de 1990, em meio ao enfraquecimento do tema da SAN na agenda pública nacional, foi formulada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) a partir da luta e contribuições de pessoas de instituições governamentais e não-governamentais com atuação no campo da alimentação e nutrição. A homologação da PNAN em 1999 como parte integrante da Política Nacional de Saúde representa uma conquista no que se refere à legitimação das ações nesta área e na definição da contribuição do setor saúde para garantia da SAN e concretização do DHAA.

A PNAN tem como 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 neste 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;
7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Apesar de instituída no âmbito do setor saúde, ao fundamentar-se na garantia da Segurança Alimentar e Nutricional e na concretização do Direito Humano à Alimentação Adequada, a PNAN deixa clara a necessidade de diálogo e articulação para a realização de ações que não se restringem ao setor saúde, mas precisam estar em contínua interação com outros setores: desenvolvimento econômico e social, agricultura, abastecimento, meio ambiente, educação, entre outros.

Pinheiro e Carvalho (2008, p. 174) fazem uma categorização dos 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 intersetorialidade como eixo central e chama a sociedade civil e o mercado para este debate.

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, 2003).

Entre as ações a serem desenvolvidas pelo setor saúde no *momento positivo*, Valente et al. (2007b) 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.

Os mesmos autores definem como responsabilidades do setor saúde no contexto de uma política de SAN as seguintes ações:

- O diagnóstico (individual e coletivo) da situação alimentar, nutricional e de saúde, e seus possíveis condicionantes (fatores de risco);

- A proposição e o desenvolvimento de ações específicas para intervir sobre a situação objetivando a solução dos problemas identificados (promoção, prevenção, assistência e reabilitação);
- A vigilância, o monitoramento e o acompanhamento dos resultados obtidos com as intervenções implementadas;
- Regulamentação quanto à segurança e a qualidade dos produtos (alimentos, medicamentos) e serviços que se efetiva por meio da atuação da Vigilância Sanitária, com vistas à proteção da saúde da população;
- Regulamentação da propaganda de alimentos, especialmente de produtos alimentícios dirigidos para o consumo de crianças e jovens.

Somando-se à LOAS e à PNAN, também encontra-se na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), homologada em 2006, referência ao papel do setor da saúde na promoção da SAN, uma vez que esta política tem como objetivo geral *“promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes”* e coloca a promoção da alimentação saudável entre seus eixos estratégicos (BRASIL, 2006d).

A partir da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Ottawa, 1986), a promoção de saúde vem sendo disseminada como

[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver (BRASIL, 2002, p. 19).

A PNPS apresenta propostas para que o setor saúde contribua, dentro do conjunto de políticas públicas, para as escolhas e práticas saudáveis:

que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e àqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem (BRASIL, 2006d, p.8).

Sobre a proposta de promoção da saúde, Ferreira e Magalhães (2007, p.1677) explicam que ela aponta novos direcionamentos para o setor na medida em que objetiva enfrentar os limites do modelo biomédico hegemônico e dos modelos



tradicionais de intervenção em saúde pública. Para isso, segundo as autoras, perpassaria por questões como: modelo de saúde sob o enfoque da integralidade; articulação de saberes técnicos e populares; capacitação dos indivíduos; parcerias nas ações; intersetorialidade de órgãos públicos e privados; reforço à ação comunitária; educação popular; cidadania; ética pública; entre outro.

A PNPS ressalta o desafio de construir a intersetorialidade e explicita que o compromisso do setor saúde na articulação intersetorial é *“tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é feito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas”* (BRASIL, 2006d, p.11). Ou seja, cabe ao setor saúde estimular os demais setores para que, ao elaborarem suas ações específicas, considerem as informações disponíveis sobre as condições de saúde da população e seus possíveis determinantes e condicionantes.

Na Carta de Ottawa (1986), a alimentação é colocada entre as condições e os recursos fundamentais para a saúde. Assim, a promoção da alimentação saudável se insere no contexto da promoção de modos de vida saudáveis, componente importante da promoção da saúde. No entanto, lembram Valente et al (2007b), a adoção de estilos de vida saudáveis não é um processo apenas individual. Depende de um conjunto de políticas públicas que permitam aos indivíduos e coletividades fazerem escolhas e adotarem práticas saudáveis.

De acordo com o Departamento de Atenção Básica/SAS/MS (BRASIL, 2006f, p.10), as ações de promoção da saúde devem combinar três vertentes de atuação: incentivo, proteção e apoio. As medidas de incentivo *“difundem informação, promovem práticas educativas e motivam os indivíduos para a adoção de práticas saudáveis”* (Ex: ações educativas nos serviços de saúde); as medidas de apoio *“tornam mais factível a adesão a práticas saudáveis por indivíduos e coletividades informados e motivados* (Ex: garantia de espaços públicos adequados para a prática de atividade física); e as medidas de proteção *“impedem que coletividades e indivíduos fiquem expostos a fatores e situações que estimulem práticas não saudáveis”* (Ex: regulamentação da publicidade dirigida ao público infantil).

A PNPS (BRASIL, 2006d, p. 25-30) propõe a realização das seguintes ações específicas para promoção da alimentação saudável, entre outras:

- Contribuir com a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas que garantam o acesso à alimentação saudável, considerando as especificidades culturais, regionais e locais;
- Articulação e mobilização dos setores público e privado para a adoção de ambientes que favoreçam a alimentação saudável (espaços propícios à amamentação pelas nutrizantes trabalhadoras, ofertas de refeições saudáveis nos locais de trabalho, nas escolas e para populações institucionalizadas);
- Estimular ações que promovam escolhas alimentares saudáveis por parte dos beneficiários dos programas de transferência de renda;
- Mobilização e capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para a promoção da alimentação saudável nas visitas domiciliares, atividades de grupo e nos atendimentos individuais.

Este contexto indica o necessário redirecionamento das políticas e programas de saúde no país e remete a mudanças nas práticas tradicionais dos serviços, incluindo as práticas na área de alimentação e nutrição. Ao incorporar as diretrizes para promoção da saúde (integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade) os profissionais e os serviços não devem se restringir às ações de diagnóstico, prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais. Mas, precisam desenvolver “ações relativas à alimentação e nutrição visando à promoção da SAN e da saúde, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do DHAA” (BRASIL, 2006d, p.25).

A atual demanda de atuação articulada entre o SUS e o SISAAN coloca em destaque a incorporação progressiva e organizada das ações de alimentação e nutrição nos diferentes níveis de atenção à saúde como elemento estratégico para efetivar o DHAA.

### **1.2.1 A Estratégia Saúde da Família e a implementação de ações promotoras de Segurança Alimentar e Nutricional na Atenção Básica à Saúde**

Ações promotoras de SAN devem ser desenvolvidas em todos os níveis de atenção do SUS sob a responsabilidade das três esferas de gestão. Mas, a Atenção Básica (AB) apresenta-se hoje como um lócus estratégico para implementação dessas ações uma vez que é considerada como a porta preferencial de entrada dos usuários no sistema de saúde e como o centro norteador da rede de assistência (BRASIL, 2006a).

A presença ou não do tema da Atenção Básica na agenda da saúde no Brasil é influenciada pela conjuntura nacional e internacional, não tendo centralidade durante a reforma sanitária na década de 1980, onde predominou a preocupação em assegurar a universalidade e integralidade do sistema de saúde. Ao contrário de outros países da América Latina que enfatizaram em suas reformas na mesma década a atuação mais focalizada e seletiva do Estado, priorizando o nível de atenção primária à saúde (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Fausto e Matta (2007) descrevem que as medidas iniciais no processo de implantação do SUS foram voltadas principalmente para o financiamento e a descentralização das ações e serviços de saúde, permanecendo uma ausência de discussão no âmbito do Ministério da Saúde sobre a organização da atenção. Desta forma, o modelo continuou centrado nas ações curativas ofertadas pelos hospitais e as ações preventivas continuaram sendo desenvolvidas sob a forma de programas verticais e campanhas sanitárias.

No decorrer do processo de descentralização surgiram algumas experiências municipais de organização da atenção à saúde com ênfase na atenção básica, o que contribuiu para colocar este tema na agenda do setor no decorrer da década de 1990 (FAUSTO e MATTA, 2007). Os resultados de iniciativas como as de Montes Claros, em Minas Gerais, Vale da Ribeira, em São Paulo, dos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará contribuíram para a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde em 1991, institucionalizando as experiências que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do país e legitimando a função dos ACS (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

O PACS objetivava estender a cobertura do SUS às populações rurais e das periferias urbanas, especialmente a população materno-infantil, por meio da prestação de cuidados básicos de saúde como incentivo ao aleitamento materno, terapia de reidratação oral e vacinação. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são moradores das áreas assistidas que são capacitados para atuar junto a 100 a 250 famílias, não ultrapassando 750 pessoas. Seu trabalho é supervisionado e avaliado por um enfermeiro, que deverá ter sob a sua responsabilidade um número máximo de trinta ACS. Este programa foi implantado inicialmente na região Nordeste, sendo estendido posteriormente à região norte (BODSTEIN, 2002; FAUSTO e MATTA, 2007; CORBO, MOROSINI & PONTES, 2007).

Para Bravo (2006, p. 101), a focalização para atender populações vulneráveis através de um pacote básico de ações de saúde, além da utilização de agentes comunitários para realizarem atividades profissionais, são características do *“projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista”* ou *“contra-reforma”*. Nesse projeto, contrário ao proposto pelo SUS, cabe ao Estado *“garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado”*.

Num contexto de mobilização dos secretários municipais de saúde em torno da atenção básica, os resultados positivos do PACS, sobretudo a diminuição da mortalidade infantil e materna, e a necessidade de ampliar sua capacidade resolutiva e de criar as condições para a sua expansão em direção a áreas de maior complexidade urbana, levaram o Ministério da Saúde a criar em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF). Este programa caracteriza-se pelo trabalho em equipe multiprofissional, que deve ser minimamente formada por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e o número suficiente de ACS para cobrir 100% da população cadastrada, com limite máximo de 12 ACS por equipe. Cada equipe é responsável por uma área geográfica definida, com 600 a 1.000 famílias, ou no máximo 4.000 habitantes. O gestor municipal pode ampliar a equipe, incorporando outros profissionais que julgar necessários para a melhoria da atenção básica à saúde da população do seu município. Pode também integrar-se ao PSF a equipe de saúde bucal (ESB), composta por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, que se responsabiliza pela mesma população e território que de uma ou duas equipes de Saúde da Família, à(s) qual(is) esteja vinculada (BODSTEIN, 2002; CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Machado, Lima e Viana (2008) destacam que a agenda de reforma do Estado na década de 1990, ou contra-reforma segundo Bravo (2006), baseada na restrição dos gastos sociais e da expansão dos serviços públicos universais, trouxe uma série de dificuldades para a implementação do PSF. Inicialmente, tanto o PACS quanto o PSF ocuparam posição marginal dentro do Ministério da Saúde, pois nele ainda não existia uma estrutura que abrigasse a atenção básica como nível de atenção. Os programas ficaram sob responsabilidade da Gerência Nacional do ACS e Gerência Nacional da Saúde da Família dentro do Departamento de Operação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Só posteriormente foram transferidos para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), sendo ligados diretamente ao Departamento de Assistência e Promoção da Saúde (FAUSTO E MATTA, 2007).

A priorização da atenção básica se consolida com a instituição do Piso de Atenção Básica (PAB)<sup>4</sup> pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) e sua implantação em 1998. O PAB alterou a lógica de repasse de recursos financeiros federais para os municípios, incentivando-os a assumirem progressivamente a gestão da rede básica de serviços de saúde. Ao contrário do antigo sistema, onde ocorria o pós-pagamento com base no número de atendimentos e procedimentos realizados, com a implantação do PAB os municípios passam a receber regular e diretamente recursos para investir em procedimentos básicos de saúde definidos como prioritários e fundamentais (por exemplo, pré-natal, vacinas, vigilância sanitária, consultas médicas e odontológicas, etc) (BODSTEIN, 2002).

Estes dois marcos, a institucionalização do PSF dentro da estrutura do Ministério da Saúde e a definição do financiamento da AB, dividem a história do PSF em dois momentos:

- Da sua criação até 1996 – quando teve o caráter de programa, vinculado a uma idéia de verticalidade e transitoriedade, tendo sua implantação priorizada em áreas de maior vulnerabilidade social a partir do Mapa da Fome produzido pela Comunidade Solidária, e não dispondo de financiamento específico para sua implantação.

---

<sup>4</sup> O PAB consiste em um total de recursos financeiros destinados, exclusivamente, ao financiamento das ações de AB. É composto pelo PAB fixo, que é um valor per capita multiplicado pela população total de cada município, e o PAB variável, que é transferido para o fundo municipal de saúde para o desenvolvimento de alguns programas e ações especificados pelo Ministério da Saúde, entre os quais estão o PACS e o PSF. A transferência de recursos fica vinculada à alimentação obrigatória dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

- A partir de 1996 – quando passa a ser considerado pelo Ministério da Saúde como estratégia de transformação do modelo assistencial em substituição das práticas tradicionais de assistência, sendo seu financiamento vinculado a parcela variável do PAB (MATTOS, 2002; CORBO, MOROSINI & PONTES, 2007; FAUSTO e MATTA, 2007).

As mudanças advindas do PAB ocorrem paralelamente à implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) em todas as regiões do país. Os incentivos do Ministério da Saúde para implantação do PSF, sobretudo financeiro, mas também de suporte técnico e de gestão para a execução prevista, tendo em vista o caráter estratégico da proposta, tinham o objetivo de promover a mudança das práticas de saúde na atenção básica com conseqüências em todo o sistema de saúde. Ou seja, a partir da implantação da nova estratégia esperava-se promover a integração e racionalidade na utilização nos demais níveis de atenção, impactando favoravelmente os indicadores de saúde da população assistida (BODSTAIN, 2002; CORBO, MOROSINI & PONTES, 2007; FAUSTO e MATTA, 2007).

Em 2006, a promulgação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ampliou o escopo da AB e reafirmou a Saúde da Família como estratégia prioritária de organização e substituição das práticas vigentes de AB. A PNAB apresenta os princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e as regras de financiamento da AB, incluindo as especificidades da ESF. O PACS é colocado como estratégia transitória para o PSF (BRASIL, 2006a). O fortalecimento e qualificação da AB também são consolidados pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006c) e pela Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2006d).

A PNAB estabelece que este nível de atenção tenha suas práticas dirigidas a populações de territórios delimitados, através do trabalho de equipes multiprofissionais, que devem identificar e resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância. Para isso as equipes de Saúde da Família devem estabelecer vínculo com a comunidade assistida, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade dos profissionais de saúde com os usuários e a comunidade onde estão inseridos.

A ESF se propõe ainda a atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde, mas que interferem sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos – famílias - comunidade (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2008c).

Desta forma, os princípios norteadores da ESF são: universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, equidade e participação social (BRASIL, 2006a).

Os princípios e organização da ESF trazem a perspectiva de um olhar mais profundo sobre os condicionantes da saúde e da qualidade de vida da população assistida, uma vez que os profissionais estariam em contato com a realidade dos usuários que procuram o serviço, podendo conhecer a dinâmica social estabelecida na comunidade, suas dificuldades e potencialidades, e possíveis parceiros de trabalho (instituições públicas, privadas, filantrópicas, lideranças comunitárias, etc). Esta vivência pode contribuir para qualificação da escuta dos profissionais da equipe e para articulação de ações produtoras de saúde (promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes) de forma a garantir a integralidade da atenção à saúde.

Mattos (2007, p.374) aponta que a organização da atenção básica a partir de uma população adscrita

abre possibilidades para o desenvolvimento de uma forma de vínculo entre profissionais e usuários, de modo que seus modos de andar a vida sejam conhecidos pelos profissionais, tanto nas suas dimensões coletivas (características de um grupo social que vive em um certo território) e singulares (relativas à trajetória de cada um). Mais do que isso, que tal conhecimento sobre os modos de andar a vida de fato influenciem as práticas desses profissionais.

Nessa perspectiva, a ESF confere a AB a característica de lócus estratégico, como citado inicialmente, para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde e também promotoras de SAN, mais abrangentes do que em outros níveis de atenção à saúde.

No entanto, como aponta Campos (2006, p.428):

Como o contexto político e sanitário é muito heterogêneo, sendo também distintas a capacidade de pressão da população, a cultura sanitária acumulada e a vontade política dos governantes, tornaram-se bastante desiguais a reorganização do sistema e a garantia de acesso e de atenção, com qualidade, entre as várias cidades e regiões de todo o Brasil.

A adesão à proposta da ESF pelos municípios de pequeno porte, que dispunham de precária ou nenhuma rede de serviços básicos de saúde, parece ser mais fácil. Em municípios com menos de cinco mil habitantes uma equipe cobre praticamente 100% da população, em municípios com população entre cinco e dez mil habitantes uma equipe cobre 30 a 50% dos habitantes. Ao passo que nos grandes municípios, onde se encontra a maior parcela da população brasileira, a implantação tem encontrado grandes obstáculos, conforme alguns citados por Caetano e Dain (2002, p.15):

- existência prévia de uma grande e complexa rede de serviços tradicionais de saúde, responsável por resistências às propostas de mudanças culturais e organizacionais, por parte das instituições do setor;
- modelo de prestação de serviços de saúde hegemônico fundamentado na produção e no financiamento por procedimentos médicos realizados, que tem contribuído para acentuar o processo de medicalização das ações de saúde, na medida em que não articula as ações de prevenção, promoção e cuidado à saúde, em suas próprias ações, ou na inter-relação de informações e serviços das unidades de saúde;
- transformações demográficas e epidemiológicas que afetaram, particularmente, os centros urbanos, associadas à acelerada migração para as cidades; envelhecimento da população; mudanças do perfil de morbimortalidade decorrente da transição epidemiológicas; maior incidência de agravos oriundos dos altos níveis de violência urbana;
- dificuldades de financiamento associado à introdução do PSF, devido à impossibilidade dos gestores municipais para alocarem recursos suficientes à cobertura populacional indicada para o programa, em função da lógica de incentivo, hoje vigente, que, além de inadequada e insuficiente para municípios de maior porte, tende a agravar a duplicidade de gastos entre a nova rede e os serviços tradicionais.

As autoras ressaltam que somente a adesão a uma nova estratégia de atenção básica não garante por si só a reorganização da rede como um todo, a melhoria das condições de gestão e o aperfeiçoamento da gerência do SUS no seu nível local. É preciso levar em conta: a especificidade de cada região/município, incluindo o processo histórico de formação de sua rede de serviços e sua organização; a divisão público-privado; a oferta de serviços nos outros níveis de atenção, próprios ou conveniados; além das *“expectativas assistenciais e características médico-culturais da população, os vínculos preestabelecidos dos usuários com unidades e equipes do modelo tradicional, e seus padrões prévios de acesso e consumo de serviços médicos”* (CAETANO E DAIN, 2002, p.16).

Em dezembro de 2008 a cobertura populacional da ESF por região do país estava assim configurada: 70,6% de cobertura no Nordeste, 48,2% no Centro-Oeste, 47,9% no Sul, 47,2% no Norte e 36,9% no Sudeste (BRASIL, 2009a).

Apesar das dificuldades apontadas, grandes municípios têm feito esforços e conseguido ampliar a implantação de equipes e conseqüentemente aumentar a



cobertura populacional pela ESF, como são os casos de Belo Horizonte, Vitória, Florianópolis e Aracaju. Em estudo realizado por Giovanella et al (2007), estes municípios apresentavam, respectivamente, os seguintes percentuais de cobertura em 2007: 69,6%, 60,1%, 71,3% e 86,7%. A generalização dos resultados deste estudo é limitada, segundo as próprias autoras, pois este selecionou experiências consideradas “*consolidadas e exitosas*” na visão dos gestores federais. Faz-se necessária a realização de estudos em grandes centros que ainda não conseguiram substituir o modelo tradicional de AB pela ESF, como é o caso do Rio de Janeiro.

Atualmente cabe a Coordenação de Gestão da Atenção Básica (CGAB), localizada no Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS) do Ministério da Saúde, a formulação e implementação de políticas que melhorem a gestão, ampliem a oferta e a resolubilidade das ações e serviços de Atenção Básica/ Saúde da Família no SUS, mediante cooperação político-institucional e técnica com estados e municípios. Entre seus objetivos estratégicos estão: 1. contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no país por meio da adoção da ESF como estruturante dos sistemas municipais de saúde; 2. disponibilizar instrumentos técnicos que facilitem a organização da Atenção Básica/Saúde da Família no nível local e que possa também contribuir com o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais das equipes (BRASIL, 2008d).

Observa-se nos últimos anos um empenho do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), também localizada no DAB/SAS, para implementação e qualificação das ações na área de alimentação e nutrição no SUS, em especial na AB/ESF. Este empenho justifica-se pela complexa situação epidemiológica brasileira, na qual ainda estão presentes as deficiências nutricionais e as doenças infecciosas, ao mesmo tempo em que crescem os agravos decorrentes das doenças crônicas não-transmissíveis (BRASIL, 2006b).

A CGPAN tem como principal missão implementar ações de acordo com as diretrizes da PNAN com vistas à garantia de condições de saúde adequadas à população brasileira. Entre as suas atribuições destacam-se: (1) planejar, orientar, coordenar, supervisionar e avaliar o processo de implementação da PNAN; (2) articular-se com os Estados, Municípios e o Distrito Federal, de modo a estimular sua adesão aos programas e projetos na área da Alimentação e Nutrição e prestar-

lhes cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional nessa área; (3) fomentar e participar de atividades intersetoriais para o planejamento e implementação da política e de planos, programas, projetos e atividades de segurança alimentar e nutricional sustentável (BRASIL, 2008b).

Entre as ações desenvolvidas estão:

1. Prevenção e controle da desnutrição e carências nutricionais (Programas Nacionais de Suplementação de Ferro e Vitamina A; ações emergenciais para o controle do Beriberi em áreas de risco; elaboração de materiais informativos sobre anemia falciforme e fenilcetonúria; capacitação de hospitais dos estados de PE, DF, SP, MG, RS, AM, PA, BA e CE para tornarem-se referência nacional no atendimento a crianças com desnutrição grave);
2. Vigilância Alimentar e Nutricional (Aperfeiçoamento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN em 2008, com o lançamento da versão web do sistema, capacitações e inclusão de um módulo de consumo de alimentos);
3. Promoção e financiamento de estudos e pesquisas, em parceria com o Departamento de Ciência e Tecnologia/SCTIE/MS e com a rede de Centros Colaboradores e Centros de Referência em Alimentação e Nutrição;
4. Parceria com Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome para acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (através do registro no módulo de gestão do SISVAN da situação de saúde das famílias beneficiadas - estado nutricional, vacinação e pré-natal);
5. Parceria com Ministério da Educação no Programa Saúde na Escola, no qual as equipes de Saúde da Família desenvolvem ações de promoção da alimentação saudável;
6. Curso de Especialização em Gestão das Políticas de Nutrição desenvolvido pelo MS e a FIOCRUZ, em 2008 e 2009, contribuindo com o esforço de qualificação dos profissionais de saúde para o planejamento intersetorial de políticas que façam garantir a segurança alimentar e nutricional.
7. Produção de materiais normativos, técnicos e educativos para socialização da informação e do conhecimento sobre alimentação e nutrição junto aos profissionais de saúde (Ex.: Guia Alimentar para a População Brasileira; Guia Alimentar para Crianças menores de 2 anos; Cadernos de Atenção Básica – Obesidade, Carências de micronutrientes e Saúde da Criança; Manual para Agentes Comunitários de Saúde; Glossário Temático Alimentação e Nutrição; Manual Operacional para

Profissionais da Saúde e da Educação: Promoção da Alimentação Saudável; álbuns seriados; folders e cartazes; Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica à saúde) (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2009d).

A Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica à saúde sistematizou e organizou as ações de alimentação e nutrição a serem desenvolvidas na AB nas dimensões individual, familiar e comunitária, com abordagens por níveis de intervenção: gestão das ações e cuidado nutricional, esse último abrangendo diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento/cuidado/assistência. Esta publicação elenca ações prioritárias, sendo algumas ações privativas do profissional nutricionista e outras que devem ser compartilhadas entre os membros da equipe multiprofissional. Além das ações específicas de alimentação e nutrição voltadas a cada fase do curso da vida, há conteúdos de direitos humanos e de organização e gestão do SUS (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2009d).

A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em janeiro de 2008, que teve o intuito de qualificar a intervenção em áreas estratégicas, entre elas a de alimentação e nutrição, também constitui importante estratégia para implementação e qualificação de ações nesta área. O profissional nutricionista integrante da equipe do NASF será o profissional-referência para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, devendo auxiliar as equipes da ESF na definição de abordagem mais adequada de atuação nos territórios assistidos, estabelecer protocolos de atenção, organizar a referência e contra-referência, entre outras ações. No entanto, sua inclusão na equipe fica à critério da gestão municipal (BRASIL, 2008e).

Apesar dos avanços nesse processo, grandes desafios ainda precisam ser superados. A institucionalização e o financiamento da área de alimentação e nutrição dentro do Ministério da Saúde e nas secretarias estaduais e municipais de saúde são apontados como os principais (BRASIL, 2008f; BRASIL, 2009d).

Em documento apresentado ao Ministro da Saúde em julho de 2008 o CONSEA ressalta a precarização da CGPAN, que consiste em um grupo de profissionais terceirizados ou em contratos de trabalho temporários que atuam no contexto do Departamento de Atenção Básica. Para o CONSEA, *“a CGPAN é mais um ato de resistência daqueles que atuam em políticas públicas de alimentação e nutrição do que de fato uma formalidade”* (BRASIL, 2008f, p.2).

O CONSEA também encaminhou ao Presidente da República em junho de 2009 um conjunto de recomendações onde destaca entre as iniciativas em curso, que carecem de efetivo funcionamento das instâncias do SISAN, a integração da PNAN e outras ações na área de saúde (BRASIL, 2009f).

O documento “Subsídio para Balanço das Ações Governamentais de Segurança Alimentar e Nutricional e da Implantação do Sistema Nacional”, cuja elaboração foi coordenada pela Câmara Interministerial de SAN (CAISAN)<sup>5</sup>, aponta que o principal desafio da atenção à saúde como promotora da SAN é a superação do atual subfinanciamento da nutrição no SUS, em todos os campos a ela relacionados, para que sejam empreendidas ações em resposta à garantia do DHAA e à qualificação do processo de gestão, atenção à saúde e à atenção de grupos populacionais específicos (BRASIL, 2009d).

Apesar do incentivo financeiro repassado sistematicamente desde 2006 a Estados, Distrito Federal e municípios com mais de 200 mil habitantes, para estimular a institucionalização das áreas técnicas de alimentação e nutrição e contribuir no desenvolvimento regional/local da PNAN, este ainda é insuficiente frente à demanda da área (BRASIL, 2009d). Além de que não há mecanismos de avaliação da utilização adequada deste recurso pelos municípios que o recebem.

Estes entraves específicos da área de alimentação e nutrição repercutem na organização do processo de trabalho nos serviços de AB e podem conseqüentemente incidir sobre a garantia de SAN para a população. Somam-se a eles outras questões problemáticas para a consolidação do novo modelo proposto pela ESF: a necessidade da melhoria das condições de gestão e o aperfeiçoamento da gerência do SUS e a questão dos recursos humanos.

Favoreto e Camargo Jr. (2002, p.64) destacam que *“as mudanças nas condições e nos cenários das práticas não são, necessariamente, acompanhadas por um novo entendimento, por parte dos profissionais, de seus papéis e novos elementos em jogo em suas intervenções”*. Portanto, há necessidade de se repensar os saberes e as práticas desses profissionais nesse novo cotidiano proposto pela ESF, proporcionando em sua formação o desenvolvimento de competências que permitam a eles dar respostas às demandas da população que assistem.

---

<sup>5</sup> Instância governamental responsável pela coordenação e monitoramento intersetorial das políticas de SAN.

Por outro lado, também é necessária uma mudança nas formas de gestão do SUS. Como também citam Favoreto e Camargo Jr. (2002, p.64)

“Aqueles que planejam e gerenciam serviços de saúde da família esperam que o profissional reproduza tecnicamente as práticas assistenciais, cientificamente comprovadas, legitimadas e quantificáveis pelo saber biomédico (como, por exemplo, o controle dos níveis pressóricos, a redução da glicemia etc.). Ao mesmo tempo, esperam e valorizam a geração espontânea de um comportamento mais ‘humano’ ao lidar com os pacientes”

Os autores explicam que nesse cenário resta para a maioria dos profissionais apenas “*adaptar-se às novas condições de trabalho, muitas vezes de forma mecânica e burocratizada*”. Pois os instrumentos que dispõem, provenientes do saber técnico-científico, não respondem às novas situações em que estão inseridos (relativas às condições sociais, à subjetividade, por exemplo). Ao mesmo tempo os profissionais também recebem dos gestores uma cobrança de produção de procedimentos biomédicos, desconsiderando outros tipos de produção em saúde, como o estímulo à participação social e as articulações intersetoriais para a promoção da saúde.

A superação desses entraves faz-se necessária para que a realização de ações promotoras de saúde, inclusive ações promotoras de SAN, possa ocorrer em todas as unidades básicas de saúde contribuindo de forma efetiva para a consecução dos direitos humanos à saúde e à alimentação adequada.

## 2. CAMINHO METODOLÓGICO

### 2.1 Caracterização do estudo

Não existe consenso entre os autores quanto à classificação de pesquisas, todos os tipos apresentam seus méritos, desde que sejam adequados à natureza do problema a ser analisado (FERNANDES & GOMES, 2003).

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, uma vez que propõe uma aproximação ao objeto de estudo, tendo como objetivo o aprimoramento de idéias, levando o pesquisador, freqüentemente, à descoberta de novos enfoques, percepções e terminologias, contribuindo para que seu próprio modo de pensar seja modificado (TOBAR & YALOR, 2001; GIL, 1991).

Segundo Gil (1999) as pesquisas exploratórias visam proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo. Ou seja, promover um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores.

Fernandes e Gomes (2003, p.7) concluem que *“trata-se de uma modalidade de pesquisa utilizada quando não existe trabalho científico anterior, pois fundamentalmente se está buscando um conhecimento maior sobre o tema”*. Os mesmos autores comentam que a formulação de hipóteses não é um elemento fundamental desse tipo de pesquisa, mas que estas poderão surgir no decorrer do trabalho.

Foi utilizada neste estudo a abordagem qualitativa, nela o pesquisador não é apenas um observador objetivo, ele é um ator envolvido que influencia seu objeto de pesquisa, e este por sua vez, não é algo isolado captado em um instante de observação. Os participantes da pesquisa são reconhecidos também como atores que possuem conhecimento e representações que formam sua concepção de vida e orientam suas ações. A construção do saber neste tipo de estudo ocorre então nesta relação entre o ator-pesquisador e os atores-participantes da pesquisa (LAVILLE & DIONE, 1999).

## 2.2 Identificação dos atores sociais

A escolha dos atores sociais participantes desta pesquisa se deu com base na identificação de informantes privilegiados, ou seja, aqueles que possuam experiências, informações e percepções sobre o tema do estudo em suas diferentes dimensões. Desta forma, a partir das perguntas geradoras deste estudo foram identificados atores ligados à ESF e ao campo da SAN em nível municipal e nacional. Após a construção das informações junto aos atores do nível nacional sentiu-se a necessidade de incluir atores do nível estadual na pesquisa. Porém, não houve êxito no recrutamento dos mesmos.

Os atores de instâncias nacionais que participaram deste estudo foram representantes da sociedade civil e do poder público, uma vez que a construção da política de SAN no Brasil vem sendo marcada pela interlocução destes dois setores.

Como representantes da sociedade civil foram incluídos na pesquisa um membro do Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional (FBSAN) e um membro do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Foram identificados nestas instâncias atores que atuassem na interface entre saúde e SAN.

Desta forma, escolheu-se entre os associados do FBSAN o representante da Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH), uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público<sup>6</sup> (OSCIP), que tem por objetivo operacionalizar e monitorar a realização do Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil e em outras regiões da América Latina.

A escolha do representante do CONSEA partiu da investigação sobre a produção de suas Comissões Permanentes (CP). Buscou-se identificar que comissão estava realizando o diálogo saúde – SAN e dentre seus membros quais eram representantes da sociedade civil. Assim, chegou-se a escolha do coordenador da CP3, responsável pela Política e Plano Nacional de SAN, representante de uma instituição de ensino superior.

---

<sup>6</sup> OSCIP é uma organização não governamental (ONG) criada por iniciativa privada, que obtêm um certificado emitido pelo Ministério da Justiça do Brasil ao comprovar o cumprimento de certos requisitos, especialmente aqueles derivados de normas de transparência administrativas. Em contrapartida podem relacionar-se com o poder público por meio de parceria, desde que os seus objetivos sociais e as normas estatutárias atendam os requisitos da lei nº 9.790, de 23 março de 1999, que regulamenta as OCIP (BRASIL, 1998).

Os representantes do Governo Federal que participaram da pesquisa foram: um membro da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) e um membro da Coordenação de Gestão da Atenção Básica (CGAB), ambas vinculadas ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB-SAS-MS).

O convite aos representantes do FBSAN, CONSEA, CGAB e CGPAN foi realizado por contato telefônico e/ou por correio eletrônico.

No âmbito do município do Rio de Janeiro, participaram como representantes da gestão municipal quatro membros da Coordenação de Atenção Básica do Instituto de Nutrição Annes Dias (CAB/INAD) e o representante da Coordenação Municipal da ESF (CMESF), ambos pertencentes a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC - Rio). O convite a esses atores foi realizado por contato telefônico.

Também participaram da pesquisa oito profissionais de equipes da ESF (agentes comunitários de saúde, médico, enfermeiro e nutricionista). O recrutamento destes profissionais foi realizado por telefone tomando-se como base uma lista de contatos fornecida pelo INAD, tendo em vista a dificuldade de acessar diretamente as equipes da ESF. Estes profissionais atuam em diferentes territórios do município cobertos pela ESF: Costa Barros, Cancela Preta II - Bangu, Vila Canoas - São Conrado, Borel - Tijuca, Antares - Santa Cruz e Nova Brasília – Bonsucesso (Complexo do Alemão).

### 2.2.1 A Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

Para conhecer o lugar de onde falam estes profissionais fez-se necessário buscar informações sobre a implantação e as características da ESF no município do Rio de Janeiro. A busca por estas informações demonstrou que tal tema ainda é pouco explorado na literatura.

De acordo com Heringer (2007), o Programa Saúde da Família teve início no município do Rio de Janeiro em 1996 com a implantação de equipes na localidade de Paquetá. Segundo ROMANO (2008, p.18), a primeira equipe do PSF foi



implantada no município do Rio de Janeiro em 1995, no entanto afirma que só em 1999 o programa começou a crescer, “*mesmo que timidamente*”.

Em estudo realizado nos 22 grandes centros urbanos no Estado do Rio de Janeiro (municípios com mais de 100 mil habitantes) Machado, Lima e Viana (2008) observaram o aumento da cobertura da ESF em todos os municípios entre 1999 e 2005, sendo os maiores acréscimos entre 1999 e 2002.

Segundo Brasil (2005b), em fevereiro de 2005 o município apresentava 3,3% de cobertura da ESF, com 57 equipes de Saúde da Família implantadas, quatro equipes de Saúde Bucal, com cobertura de 0,5%, e 1.038 Agentes Comunitários de Saúde em atuação, com uma cobertura de 10% do PACS, para uma população de 5.974.081 de habitantes.

A implantação de equipes da ESF no município do Rio de Janeiro tem ocorrido prioritariamente em áreas de menor desenvolvimento social e econômico, (favelas, loteamentos clandestinos, assentamentos urbanos), onde o acesso aos serviços de atenção básica à saúde era escasso ou inexistente (MOCHEL, 2008 - informação verbal)<sup>7</sup>. Heringer (2007, p.47) destaca que esta característica “*algumas vezes faz com que a Estratégia seja confundida como uma política social para pobres*”.

Nas demais áreas do município ainda predominam os serviços de Atenção Básica “tradicional”, ou seja, dos Centros Municipais de Saúde e Policlínicas (MOCHEL, 2008). Esta convivência de diferentes modalidades de Atenção Básica foi observada por Machado, Lima e Viana (2008, p.554-555) em todos os 22 grandes centros urbanos do Estado do Rio de Janeiro. Segundo as autoras

“o modelo de PSF convive com o modelo tradicional de Atenção Básica, muitas vezes de forma segmentada, com condições diferenciadas de funcionamento e com escassos incentivos para a melhoria do segundo. Ainda que o PSF tenha alcançado uma ampla disseminação no território nacional e uma cobertura expressiva, grande parte da população brasileira utiliza os serviços tradicionais de Atenção Básica”

De acordo com MOCHEL (2008), em maio/2008 havia 220 equipes dando uma pequena cobertura a uma população de aproximadamente seis milhões de habitantes. Destas, 121 localizando-se em bairros da zona oeste da cidade, 87 equipes em bairros da zona norte e 12 equipes em bairros do centro e zona sul (RIO

---

<sup>7</sup> Mesa Redonda “Saúde da Família: ampliando acesso com qualidade?” IV Ciclo de Debates Conversando sobre a Estratégia Saúde da Família - Promovido pela ENSP – FIOCRUZ, no dia 7/maio/2008 de 9h às 12h.

DE JANEIRO, 2008). Entretanto, de acordo com dados disponibilizados em Brasil (2010), em maio de 2008 estavam implantadas apenas 152 equipes da ESF no município do Rio de Janeiro, passando para 165 equipes implantadas em dezembro de 2009, o que corresponde a 9,23% de cobertura populacional. As equipes implantadas são aquelas consideradas aptas para o município receber incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde, ou seja, que estejam cadastradas no sistema definido para esse fim e que estejam em conformidade com as normas de credenciamento pelo Ministério da Saúde.

A atual gestão municipal (2009-2012) assumiu como prioridade a expansão da ESF, pretendendo aumentar a cobertura para 50% até o final de 2012. Para tanto vem firmando parcerias com diversas Organizações Sociais (OS)<sup>8</sup> para viabilizar o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde nas diferentes regiões do município (SORANZ, 2010 – informação verbal)<sup>9</sup>.

Este tipo de parceria vem sendo firmado em outros grandes centros urbanos, por exemplo, São Paulo. Mas, muitas manifestações contrárias têm ocorrido em razão deste tipo de terceirização de serviços públicos de saúde, especialmente por parte das instâncias de controle social do SUS (conselhos e conferências de saúde). Para Rezende (2008, p.32), entre os problemas advindos da adoção deste tipo de gestão na saúde estariam *“a implementação da terceirização de serviços públicos como regra e o fim do concurso público, forma democrática de acesso aos cargos públicos”* e o comprometimento da hierarquização e articulação entre os serviços de saúde, uma vez que *“cada serviço terceirizado/privatizado tem em si a característica de autonomia em relação à Administração Pública e ao SUS”*.

### **2.3 Construção das informações**

Para ouvir os diferentes atores sociais elencados e convidados a participar do estudo foram adotadas as técnicas de entrevista semi-estruturada e grupo focal.

---

<sup>8</sup> OS é uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos na Lei 9.637/98 (BRASIL, 1998).

<sup>9</sup> Mesa Redonda “Qual a política de saúde para a cidade do Rio de Janeiro?” VI Ciclo de Debates Conversando sobre a Estratégia Saúde da Família - Promovido pela ENSP – FIOCRUZ, no dia 10/maio/2010 de 9h às 12h.

A entrevista semi-estruturada foi utilizada junto aos atores de instâncias nacionais, tanto os representantes do poder público (CGPAN e CGAB) quanto os representantes da sociedade civil organizada (FBSAN e CONSEA), e, também, com o representante da Coordenação Municipal da ESF. Estas entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora por telefone e gravadas em equipamento digital com consentimento dos participantes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado aos entrevistados por correio eletrônico e eles o enviaram devidamente assinado por correio eletrônico, correio ou fax.

Esta técnica permitiu que os entrevistados falassem sobre o tema em questão sem se prender as questões constantes no roteiro previamente elaborado (Apêndice D). Também permitiu ao entrevistador introduzir novas perguntas quando percebeu que questões importantes, não previstas inicialmente, surgiram nas falas dos atores. Esta característica do roteiro semi-estruturado é apontada por Martin e Gaskel (2004):

o tópico guia é, contudo, como sugere o título, um guia, e não nos devemos tornar escravos dele, como se o sucesso da pesquisa dependesse só disso. O entrevistador deve usar sua imaginação social científica para perceber quando temas considerados importantes e que não poderiam estar presentes em um planejamento ou expectativa anterior, aparecem na discussão. Isto deve levar a modificação do guia para subseqüentes entrevistas.

Duarte (2004, p.220) diz que, ao mesmo tempo em que coleta informações, a entrevista permite ao pesquisador oferecer ao seu entrevistado a oportunidade de *“refletir sobre si mesmo, ver sua própria situação de outro ângulo, refletindo sobre questões em torno das quais talvez não se detivesse em outras circunstâncias”*. No presente estudo a entrevista foi uma troca, pois à medida que proporcionou aos entrevistados um momento de pensar sobre o tema deste estudo, também provocou na pesquisadora a necessidade de novas leituras e reflexões.

Para escutar os demais atores sociais desta pesquisa foi utilizada a técnica de grupo focal, que é conceituada por Cruz, Moreira e Sucena (2001, p.5) como

uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico.

Segundo Suanno (2002), esta é uma técnica de pesquisa sócio-qualitativa, que valoriza a palavra dos atores sociais reconhecendo-os como “expert de sua

própria realidade”. A sinergia dos participantes do grupo, ou seja, sua convergência em torno do tema de estudo, propicia um resultado mais valioso do que a contribuição individual de cada participante.

Foram realizados dois grupos focais com os profissionais de equipes da ESF convidados para o estudo. Inicialmente seria realizado apenas um, mas alguns profissionais não puderam estar presentes no primeiro grupo focal realizado, que contou com a participação de cinco agentes comunitários de saúde e um profissional médico. Diante da necessidade de ouvir os demais profissionais e da disponibilidade dos mesmos em participar da pesquisa, foi realizado um segundo grupo focal com a participação de um agente comunitário de saúde, um enfermeiro e um nutricionista.

Estes grupos focais foram realizados em sala da Coordenadoria de Pesquisa e Demandas Sociais (PRODEMAN) na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sendo registrados em áudio (fitas K7 e MP4) e vídeo (fitas VHS) com consentimento dos participantes. Antes do início dos grupos focais os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e após tirarem suas dúvidas assinaram o Termo de Consentimento Pós-informado. Os participantes também receberam uma declaração de participação na pesquisa e ajuda de custo para sua locomoção até o local de realização da atividade.

Estes grupos focais tiveram duração aproximada de 1h30min. No início dos grupos foi exibida uma apresentação de slides em data-show contendo imagens fotográficas relacionadas a aspectos da Segurança Alimentar e Nutricional (produção de alimentos, acesso a direitos básicos, preparo e consumo de alimentos, entre outros) para motivar os participantes a pensarem sobre o tema.

O primeiro grupo focal contou com a participação de um moderador e dois observadores externos. O papel do moderador foi incentivar os participantes a conversarem entre si, trocando experiências e interagindo sobre suas idéias, sentimentos, valores, dificuldades, entre outros, acerca do tema em estudo. O moderador também evitou a dispersão do grupo em relação aos objetivos da discussão e a monopolização de palavras por alguns participantes. Os observadores externos realizaram anotações e captaram reações dos participantes, não se manifestando durante as discussões. O segundo grupo focal contou apenas com o moderador. Mas este aspecto não atrapalhou a análise das informações, pois reações dos participantes puderam ser observadas posteriormente através da gravação em vídeo.

O terceiro grupo focal foi realizado no INAD com quatro membros de sua equipe de Coordenação de Atenção Básica. Inicialmente planejou-se realizar uma entrevista com um representante desta coordenação, mas a equipe preferiu ser ouvida em conjunto no seu local de trabalho. Neste grupo focal não foi exibida a apresentação de slides e não foi realizado o registro em vídeo devido à indisponibilidade de estrutura adequada no local, sendo registrado somente em áudio (MP4) com consentimento dos participantes.

As discussões em todos os grupos focais foram norteadas pelo mesmo roteiro utilizado para realização das entrevistas. Assim, como na condução das entrevistas, durante os grupos focais o moderador e os participantes não ficaram presos às perguntas formuladas anteriormente, permitindo o surgimento e discussão de outros aspectos importantes.

As gravações das entrevistas e grupos focais foram transcritas substituindo-se os nomes dos participantes por nomes de pedras preciosas para proteger suas identidades. As transcrições foram realizadas pela própria pesquisadora e por uma transcritora contratada, sendo seu trabalho posteriormente revisado para evitar perda de informações.

## **2.4 Organização das informações**

A transformação das informações obtidas na pesquisa qualitativa em um trabalho compreensível e convincente é causa freqüente de angústia e confusão entre os que escolhem desenvolver este tipo de pesquisa. Mercado (2004) aponta um conjunto de fatores que determinariam a escolha de um método ou técnica de análise, estando entre eles a diferenciação entre descrição (exposição), análise (crítica, julgamento) e interpretação (explicação). Para este autor trata-se de *“níveis e fenômenos diferentes, por isso os estudos podem ter como propósito centrar-se em um, dois ou três níveis, dependendo das questões e do problema a investigar”* (MERCADO, 2004, p. 153).

As questões norteadoras deste estudo possibilitariam a combinação da descrição, análise e interpretação. Porém, levando-se em consideração os limites e possibilidades do mestrado acadêmico, centrou-se no nível da descrição.

Este estudo descreve o que diferentes atores sociais expressaram sobre o tema da pesquisa tentando mostrar um cenário, sem compromisso de julgá-lo ou explicá-lo, mas podendo servir como subsídio para tal.

As informações foram então organizadas em três tópicos:

- Segurança Alimentar e Nutricional é... (o que os diferentes atores sociais expressaram entender por Segurança Alimentar e Nutricional);

- Ações identificadas como promotoras de Segurança Alimentar e Nutricional na Estratégia Saúde da Família;

- Principais dificuldades apontadas pelos atores para promoção de Segurança Alimentar e Nutricional na Estratégia Saúde da Família.

As informações construídas foram relacionadas ao contexto do estudo, bem como com outras dimensões teóricas sugeridas pela própria leitura das informações a fim de trazer avanços para o tema da pesquisa.

### 3. DESCREVENDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS

#### 3.1 Segurança Alimentar e Nutricional é...

Ao falar sobre o que entendem por SAN os atores referem-se a diferentes aspectos contidos no conceito em vigor no Brasil.

A perspectiva do Direito Humano é apontada pelos gestores municipais, representantes do CONSEA e FBSAN:

“Na verdade, a segurança alimentar é um direito básico para saúde como um todo” (Quartzo)

“[...] É o direito ao acesso, ao alimento, a alimentação saudável né? Como a Ametista falou, em quantidade e qualidade. É... Sem prejudicar, sem prejuízo de outros direitos humanos básicos né? [...] do direito a essa alimentação dentro da cultura, da diversidade cultural, respeitando essa diversidade, respeitando né, os princípios né... De uma alimentação saudável né? Nutricionais também...” (Ágata)

“[...] E incluindo também a perspectiva de direito, quer dizer, vendo o acesso a alimentação como um direito e não como uma questão, enfim, assistencial ou, enfim, meramente para poder fazer a...manter a saúde” (Topázio)

“[...] Do direito mesmo, do acesso a uma alimentação adequada e saudável, que acaba sendo muito mais amplo do que o aspecto só alimentar por um lado e só nutricional do outro, porque ele vai envolver o direito do acesso aos alimentos, a uma alimentação de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e para todos” (Rubi)

Estes atores colocam o direito à alimentação como direito fundamental, apontando os princípios da universalidade e indivisibilidade dos demais direitos humanos. Também sinalizam o entendimento de que este direito não consiste apenas em estar livre da fome e da má nutrição, mas ter uma alimentação adequada, não só do ponto de vista nutricional, como também adequada à diversidade cultural, forte característica da formação de hábitos alimentares no Brasil.

O DHAA foi definido em 2002 pelo Relator Especial da ONU para o direito à alimentação como

“[...] um direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garanta uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva” (VALENTE et al, 2007a, p.9)

Valente et al (2007a) acrescentam que a alimentação adequada não deve conter agrotóxicos ou contaminantes e deve ser isenta de organismos geneticamente modificados – (OGM). Os mesmos autores ressaltam que a garantia do DHAA perpassa ainda pelo direito de acesso à informação cientificamente comprovada e respaldada sobre alimentação saudável e alimentos seguros e adequados e pela regulamentação da propaganda e publicidade de alimentos.

Ainda na perspectiva do direito, profissionais participantes do segundo grupo focal falam sobre a garantia do direito a uma alimentação de qualidade e segura e sobre o acesso a informação.

“É, eu entendo essa segurança alimentar como uma questão de garantia, mesmo do direito. Como uma questão de você minimizar os riscos, tanto quanto esse alimento é produzido até ele chegar a sociedade, à população em si e como esse alimento, ele está entrando na alimentação daquela população, entendeu? Você tá tentando minimizar esses riscos que ocorre ao longo dessa cadeia, desde produção, armazenamento, distribuição até a pessoa ter em si, esse alimento garantido [...]” (Alexandrita)

“Segurança alimentar? Não sei... eu penso em acesso também, a uma alimentação é, equilibrada, é... eu acho que a palavra informação assim, também encaixa muito. Realmente, eu tenho informação sobre, de como se alimentar de forma segura, equilibrada e tudo mais? Eu acho que a palavra informação, encaixa muito nessa coisa da segurança. Não há segurança sem informação” (Gipsita)

O DHAA deve ser garantido sem nenhum tipo de discriminação, mas não anula a necessidade de enfoques prioritários e ações afirmativas junto a grupos vulneráveis. *“Cada grupo, família ou indivíduo vai exercer o seu direito de se alimentar com dignidade na medida em que forem superadas as dificuldades da realidade específica que lhes cerca”* (VALENTE et al, 2007a, p15).

A representante da CGPAN aponta a questão da equidade entre os aspectos necessários à garantia da SAN para a população:

[...] e também é... questões assistenciais quando esse... quando essa alimentação não está acessível para todos. Quer dizer, garantia dessa assistência para as pessoas que não... por algum motivo, ou emergencial ou circunstancial, não tenham possibilidade de se alimentar adequadamente”(Esmeralda)



A garantia da SAN requer tanto a implementação de ações estruturais nos âmbitos político, econômico, social e cultural que incidam nas situações que geram insegurança alimentar da população, quanto à adoção de medidas emergenciais com caráter complementar, voltadas para o atendimento de grupos em situação de vulnerabilidade, seja social ou biológica (FBSAN, 2008).

A relação intrínseca entre saúde e SAN também é expressa pelos diferentes atores sociais. Representantes da sociedade civil, CGPAN e CAB/INAD apontam para a necessidade de se ter saúde para garantir a SAN:

[...] o aspecto da promoção da saúde que tem que estar muito presente nessa discussão do conceito. Porque não basta somente a alimentação ser de qualidade, o processo de transformação desse alimento dentro do corpo humano, fazendo a nutrição de fato, transformando esses elementos, os nutrientes, em vida mesmo, em saúde, que também precisa ser considerado [...]" (Rubi)

"É... Condições voltadas à saúde, à promoção da saúde né. Vamos dizer assim, a base que a saúde tem que dar pra que as pessoas é... Possam usufruir da sua vida com qualidade [...]" (Esmeralda)

"[...] esse conceito tem a Segurança Alimentar de uma maneira ampla, envolvendo várias dimensões, que vão desde a produção de alimentos, o acesso, a... A disponibilidade de renda, **estado de saúde** [...]" (Topázio) (grifo nosso)

Enquanto que o representante da CMESF e os profissionais referem-se à necessidade da garantia de uma alimentação de qualidade, segura e saudável para se ter saúde:

"Eu acho que uma coisa é a gente falar do acesso, outra é a gente falar também da qualidade né? Acho que passa também por uma questão da discussão de aproveitamento de alimentos, né? [...] Acho que a gente precisa discutir inclusive o uso fitoterápico dos alimentos. Como é que os alimentos podem ajudar a reduzir o agravo à saúde, enfim" (Quartzo)

"[...] Eu imagino assim, é você dar esse direito né? De uma maneira geral, do acesso ao alimento, não só pelo alimento, ou o alimento em si, mas também tendo em vista todo o aspecto nutricional, de promoção de saúde, de uma alimentação equilibrada, né?" (Hematita)

"[...] Então, quando eu vejo segurança alimentar, eu vejo por esse lado, uma segurança de como esse alimento vai chegar nos consumidores, pras pessoas, mas de modo saudável, que a pessoa possa ingerir e ter saúde e não ter problema de saúde, entendeu?" (Citrino)

A saúde e a SAN são indivisíveis. A garantia da SAN exige que o direito à saúde seja respeitado e concretizado para que seja alcançado seu fim, que é o da alimentação e nutrição adequadas. Por outro lado, a garantia da saúde também depende de ações de diversas áreas que garantam a realização dos demais direitos

humanos, entre eles o Direito Humano à Alimentação Adequada. Ou seja, para se ter saúde é preciso ter SAN, para se ter SAN é preciso ter saúde (VALENTE et al, 2007b).

O setor saúde é responsável por grande parte da “dimensão nutricional” da SAN, estando dentro dela a garantia da qualidade dos alimentos. Este aspecto é apontado por todos os atores participantes deste estudo, sendo mais forte na fala dos profissionais da ESF. Ao responderem o que entendem sobre SAN referem-se principalmente a uma alimentação saudável, que atenda às necessidades nutricionais, e segura, livre de contaminantes que prejudiquem a saúde.

“[...] Para mim seria você se alimentar com segurança, com água potável, com alimentos saudáveis” (Turquesa)

“Eu acho que assim, segurança alimentar seria uma alimentação assim segura em todos os termos de, bem preparada e tal. E nutricional já é aquela comida equilibrada, mais ou menos por aí” (Turmalina)

“[...] talvez essa segurança devia ser como aquele alimento foi produzido, até a hora que ele chegar nas mãos dos consumidores. Aonde foi que ele foi plantado, como é que ele foi colhido, se usou agrotóxico ou não, entendeu? (Citrino)

“[...] Em relação, esses riscos, em relação a como ele é produzido, como ele é comercializado, como ele chega até a população. Como a população consegue é, acesso a esse alimento. Como ele consegue é, a própria pessoa é, garantir a questão de higiene, a questão de qualidade, entendeu? Do consumo daquele alimento” (Alexandrita)

A escolha e o preparo de alimentos para garantir uma alimentação de qualidade também são apontados pelos profissionais da ESF como necessários para a SAN.

“[...] a importância que as pessoas de casa têm que saber como manusear os alimentos quando agente compra no mercado, na feira. Porque eu acho que a segurança também está dentro de casa, [...] Então eu acho que você tem que saber, acho que a segurança parte por aí, um pouquinho... Saber limpar ele dentro de casa, manusear ele dentro da própria casa” (Jaspe)

“[...] higienizar começa deste o plantio, porque as sementes deles têm que ser colhidas, tem que ser bem tratadas, pra poder ser plantadas, a terra também tem que ser bem preparada. Por que agente já sabe que tem os transgênicos aí, que agente não sabe até que ponto é bom ou não é, tem muitas pesquisas por aí. Então, colhê-lo e vai pra o mercado. [...] vai ser escolhido e o manuseio dela é importante realmente, porque não adianta a gente chegar em casa e fazer de qualquer jeito. Então, realmente eu acho que junta isso tudo. E nutricional por quê? Porque a gente até pra fazer a nossa alimentação tem que ser balanceada, tem que ser equilibrada, você não vai usar certas coisas, então, tudo direitinho” (Ônix)

A preocupação com a qualidade da alimentação também é predominante na fala do gestor federal da ESF (CGAB), ao referir-se de forma concisa sobre o que entende por SAN.

“garantir o acesso da população a uma alimentação de qualidade e nos níveis necessários para ela” (Diamante)

O acesso a uma alimentação de qualidade e em quantidade suficiente é um importante elemento para garantia da SAN, mas não é capaz de dar conta por si só de toda sua dimensão. Não se trata apenas de garantir uma alimentação que atenda as recomendações nutricionais e/ou esteja livre de substâncias prejudiciais à saúde. O acesso à alimentação adequada não pode comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, deve respeitar a cultura e também estar pautado em práticas ambiental e socialmente sustentáveis (VALENTE et al, 2007a), como conclui Rubi em sua fala sobre o que entende por SAN:

“[...] na verdade esse é um conceito bem amplo, bem complexo. Acho que justamente a riqueza dele é conseguir expor todas as dimensões que envolvem a questão” (Rubi)

Esta complexidade da SAN é expressa pelos representantes do CONSEA, FBSAN, CGPAN e CAB/INAD, como demonstram as falas abaixo.

“Eu entendo assim, a questão do acesso aos alimentos, é... em quantidade e qualidade né? [...] E sem que a pessoa tenha que dispor de outras necessidades básicas para dar conta de comprar esses alimentos. E a questão do acesso não só o acesso financeiro, mas o acesso físico, ser próximo a casa dela né? Um alimento de qualidade, variedade de alimentos” (Ametista)

“[...] você tem a questão do acesso ao alimento e a alimentação saudável. Entendendo a alimentação saudável, não só a questão do acesso físico, de renda e de disponibilidade do alimento, mas também que seja uma alimentação que respeite os hábitos alimentares da população, que seja prazerosa, que faça parte daquele conjunto, daquele grupo de pessoas. E que tenha como base a noção do direito humano à alimentação, ou seja, que ela tá ancorada nessa noção do direito” (Jade)

“[...] esse conceito tem a Segurança Alimentar de uma maneira ampla, envolvendo várias dimensões [...] Então, para mim é isso: segurança é o acesso aos alimentos de qualidade, em quantidades necessárias de acordo com cada idade ou fase do ciclo, do curso da vida que as pessoas estejam, que tenham também a... Enfim, a referência regional e cultural das pessoas. E que enfim, e que garanta o acesso indefinido e continuado. [...]” (Topázio)

“Bom, acho que a segurança alimentar ela tem uma abrangência é... grande é... com relação aos aspectos da... do acesso ao alimento, da produção sustentável, modelos de produção de alimentos sustentáveis, né? Que sejam não nocivos ao

ambiente, que possam ser é... sempre é... mantidos. É... Sistemas de abastecimento é... regionais a preços acessíveis, que os alimentos sejam sempre colocados a preços acessíveis” (Esmeralda)

As falas de Jade e Topázio levantam atributos importantes da alimentação saudável ressaltando que esta deve respeitar a diversidade cultural da população e que deve ser prazerosa. Valente et al (2007a) ratificam esta preocupação, uma vez que no Brasil a diversidade cultural (regional, racial, étnica) faz parte da formação do nosso povo. O Guia Alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2006b, p.35) afirma que *“práticas alimentares saudáveis devem ter como enfoque prioritário o resgate de hábitos alimentares regionais inerentes ao consumo de alimentos in natura, produzidos em nível local, culturalmente referenciados e de elevado valor nutritivo”*. O Guia define ainda como atributos básicos de uma alimentação saudável: a acessibilidade física e financeira; o sabor; a variedade; a harmonia (entre qualidade e quantidade) e a segurança sanitária.

A questão da cultura alimentar está presente nas discussões da SAN, seja relacionando-a aos hábitos de povos e comunidades tradicionais (negros, indígenas, quilombolas), ou às mudanças de consumo em decorrência da ampla e intensa industrialização dos alimentos, da globalização de hábitos alimentares e da menor dedicação de tempo para o preparo dos alimentos e até para o próprio ato de alimentar-se. A fala de um dos profissionais da ESF sugere estranheza com relação a hábitos de outro povo:

“A índia! A gente conhece e eles fazem a mandioca peneirada. Aquela peneira de taquara, eles enxáguam como? Tinha higiene?” (Ônix)<sup>10</sup>

Enquanto outro profissional aponta em sua fala preocupação com as escolhas alimentares atuais:

“Tem família que prefere o industrial do que preparar seu próprio alimento. A gente viu ali muitas famílias comendo coisas industriais e até dando de presente pros filhos” (Jaspe)<sup>11</sup>

<sup>10</sup> Nesta fala, Ônix se refere a uma das fotos apresentadas no início do grupo focal, conforme explicado anteriormente (item 2.3).

<sup>11</sup> Jaspe refere-se a uma das fotos apresentadas no início do grupo focal, conforme explicado anteriormente (item 2.3).

Souza (2007, p. 30 e 31) aponta que o respeito às comunidades tradicionais e aos hábitos alimentares locais deve *“garantir a autonomia dessas comunidades na escolha de sua alimentação, assegurando-lhes o direito à diferença e à diversidade”*. Além disso, a autora comenta que as comunidades tradicionais também sofrem com a globalização e uniformização dos hábitos alimentares, tanto pela influência advinda dos meios de comunicação e sociedade em geral, como pela perda da terra, das águas e dos recursos naturais ocasionada por esses processos, o que impossibilita a extração e o cultivo de alimentos para consumo e comercialização.

Historicamente as sociedades têm estabelecido diferentes práticas alimentares que vão desde sua produção e preparação até o consumo. Estas escolhas são carregadas de valores culturais e dão identidade aos diversos grupos sociais (MACIEL & MENACHE, s/d).

Garcia (2003, p.484) destaca que na sociedade moderna, predominantemente urbana,

A comensalidade contemporânea se caracteriza pela escassez de tempo para o preparo e consumo de alimentos; pela presença de produtos gerados com novas técnicas de conservação e de preparo, que agregam tempo e trabalho; pelo vasto leque de itens alimentares; pelos deslocamentos das refeições de casa para estabelecimentos que comercializam alimentos – restaurantes, lanchonetes, vendedores ambulantes, padarias, entre outros; pela crescente oferta de preparações e utensílios transportáveis; pela oferta de produtos provenientes de várias partes do mundo; pelo arsenal publicitário associado aos alimentos; pela flexibilização de horários para comer agregada à diversidade de alimentos; pela crescente individualização dos rituais alimentares.

Outro aspecto importante incorporado a SAN e mencionado pelos atores participantes da pesquisa é a sustentabilidade. O conceito em vigor no Brasil refere que a garantia de SAN deve ser sustentável do ponto de vista ambiental, social, econômico e cultural. A Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CMMA) da ONU considera Desenvolvimento Sustentável como aquele que atende às necessidades do presentes sem comprometer a possibilidade de que as gerações futuras satisfaçam as suas próprias necessidades. A CMMA analisa que para algo ser considerado sustentável, deve conter quatro requisitos básicos: ecologicamente correto, economicamente viável, socialmente justo e culturalmente aceito (FLORENTINO, 2008).

A preocupação com a sustentabilidade é apontada pelos representantes do CONSEA, FBSAN, CGPAN e CAB/INAD, predominando em suas falas a questão da sustentabilidade ambiental.

“[...] esse conceito tem a Segurança Alimentar de uma maneira ampla, envolvendo várias dimensões, que vão desde a produção de alimentos, o acesso, a... A disponibilidade de renda, estado de saúde, sustentabilidade da produção, sustentabilidade do meio ambiente [...]” (Topázio)

“[...] acho que tem essa questão da sustentabilidade [...] dando foco né, não só na garantia dessa alimentação, mas também na garantia em relação à produção desses alimentos, que isso tenha... é, seja um alimento é... que pense na questão mais do planeta, entendeu? [...] hoje em dia a grande preocupação é em relação aos agrotóxicos, em relação aos transgênicos né? Que alimento é esse? E o quê que esse alimento pode provocar né? Pode trazer pro meio ambiente entendeu? Pro meio ambiente incluindo o homem né?” (Safira)

“acho que a segurança alimentar ela tem uma abrangência é... grande é... com relação aos aspectos da... do acesso ao alimento, da produção sustentável, modelos de produção de alimentos sustentáveis né, que sejam não nocivos ao ambiente, que possam ser é... sempre é... mantidos. É... Sistemas de abastecimento é... regionais a preços acessíveis, que os alimentos sejam sempre colocados a preços acessíveis [...]” (Esmeralda)

A fala de Safira remete a uma preocupação também atual: a relação da sustentabilidade com a saúde. Rattner (2009) ressalta que a agricultura praticada em larga escala, alegando a necessidade de prover alimentos básicos à população crescente concentrada nas áreas urbanas e tendo como base uma poderosa indústria de agrotóxicos, pesticidas e fertilizantes químicos que contaminam seus produtos alimentícios, seus produtores e consumidores, consiste em uma grave ameaça à saúde humana e ao meio ambiente. O autor também observa que as pressões políticas das grandes empresas produtoras prejudicam a realização de pesquisas e avaliações acerca dos riscos do consumo de alimentos transgênicos à saúde humana e animal.

Apenas o representante do CONSEA aponta a sustentabilidade social e econômica, além da sustentabilidade ambiental:

“[...] Significa que tem que ser um processo maior, um processo que tem que estar comprometido com a sustentabilidade, não só ambiental, ou seja, dá gente pensar em garantir segurança alimentar para os nossos descendentes, ou seja, conservar o planeta, condições para isso. Como também, ser sustentável em termos sociais e econômicos [...]” (Rubi)

Segundo Porto e Milanez (2009, p.1984), discussões teóricas e experiências empíricas apontam que no Brasil predomina uma visão economicista de

desenvolvimento de natureza produtivista e consumista. Esta visão “*desrespeita a vida humana e dos ecossistemas, bem como a cultura e os valores dos povos nos territórios onde os investimentos e as cadeias produtivas se realizam*”. A III Conferência Nacional de SAN, que teve como tema central “Por um Desenvolvimento Sustentável com Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional”, questionou os componentes do modelo hegemônico no Brasil que são geradores de desigualdade, pobreza e fome e com impactos negativos sobre o meio ambiente e a saúde. Nessa conferência foram afirmadas as prioridades para serem alcançadas e percorridas na construção de processos sustentáveis de desenvolvimento socioeconômico com SAN, progressiva realização do direito humano à alimentação adequada e soberania alimentar, por intermédio da Política e do Sistema Nacional de SAN (BRASIL, 2007b).

Nesta perspectiva, Caporal e Costabeber (s/d) salientam “*a importância da Reforma Agrária e da Agricultura Familiar na construção de estratégias de desenvolvimento rural sustentável e de aumento e consolidação da produção nacional de alimentos básicos*”. Conforme tem sido defendido ao longo de décadas, o desenvolvimento rural brasileiro carece de uma vigorosa reforma da estrutura fundiária e de políticas consistentes de fortalecimento da Agricultura Familiar.

Segundo o documento “Subsídio para Balanço das Ações Governamentais de Segurança Alimentar e Nutricional e da Implantação do Sistema Nacional”, desde 2003 vem sendo construída uma política diferenciada de promoção do desenvolvimento socioeconômico e ambiental dos territórios rurais, com a valorização da cultura, estratégias de produção e reprodução social, saberes, formas de organização social e especificidades em termos étnicos, raciais e de gênero. Dentre as iniciativas em curso, o documento destaca as políticas para a integração do meio ambiente, produção e estratégias, mecanismos e instrumentos econômicos e sociais para a melhoria da qualidade ambiental e o uso sustentável dos recursos naturais, entre elas: Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar – PRONAF; Política Nacional de Assistência Técnica e Extensão Rural - PNATER, Programa de Sementes para a Agricultura Familiar, Programa Conservação, Manejo e Uso Sustentável da Agrobiodiversidade (BRASIL, 2009d).

A garantia da SAN na perspectiva de promoção do DHAA requer ainda que o planejamento, execução e monitoramento das ações públicas sejam realizados por um processo democrático, participativo, inclusivo, que respeite as diferenças e diversidade entre os seres humanos (VALENTE et al, 2007a). O gestor municipal da ESF aponta para a complexa necessidade de articulação intra e intersetorial e da mobilização popular para garantia da SAN:

“[...] Passa por algo mais amplo do que discutir apenas o acesso ao alimento né? Passa por uma discussão de sociedade. Como é que a gente se organiza coletivamente para fazer o enfrentamento da fome, por exemplo e também dos excessos né? Da má alimentação, efetivamente [...]”  
 “é... a possibilidade de acompanhar, de abrir canais de interlocução com a população né? E de com isso a gente começar a mediar um processo de nutrição mais saudável, e aí, desde a primeira infância né? Até a terceira idade. Então vai passar por uma série de programas que a gente tem dentro das secretarias. Vai passar por uma questão de mobilização popular” [...] Eu acho que uma segurança alimentar, ela tem a demanda de ser... é, negociar com a população sempre. Aliás, o trabalho em saúde né? (Quartzo)

De acordo com Burlandy (2004 e 2009), a partir da década de 1990 começa a se fortalecer no país uma concepção de política onde a intersetorialidade é um dos eixos estratégicos. A autora refere-se à intersetorialidade como um nível de articulação entre os setores onde estes “*constroem de forma conjunta e pactuada um projeto integrado destinado a alcançar objetivos mais amplos, como a SAN*” (BURLANDY, 2004, p.11).

A intersetorialidade é especialmente importante para a garantia da SAN, uma vez que se trata de uma questão complexa que coloca a articulação entre setores (produção, comercialização, distribuição e controle de qualidade de alimentos, promoção da saúde e educação etc.) como estratégia prioritária para assegurar o DHAA. Isto impõe a necessidade do diálogo entre os diferentes setores, o que é particularmente difícil no Brasil, onde a fragmentação e desarticulação são marcas institucionais (FERREIRA & MAGALHÃES, 2007; BURLANDY, 2004).

A mobilização popular para participação nos espaços de decisão passa necessariamente pela criação de mecanismos de informação à população sobre seus direitos e como exigí-los. A participação social é prevista e garantida tanto no SUS quanto no SISAN por meio da representação da sociedade civil organizada nos respectivos conselhos e conferências. Também está entre os fundamentos da



atenção básica à saúde “*estimular a participação popular e o controle social*” (BRASIL, 2006a).

O campo do controle social e da organização das esferas de participação social em alimentação e nutrição exige maior presença e atuação conjunta dos conselhos estaduais e municipais de SAN junto aos respectivos conselhos de saúde. Para avançar na gestão participativa, é necessária a criação das Comissões Intersetoriais de Alimentação e Nutrição, previstas na Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 2009c).

Os representantes da sociedade civil organizada, FBSAN e CONSEA, participantes deste estudo demonstram ter apoderamento sobre o significado complexo da SAN. No âmbito federal de gestão as falas dos atores demonstram que apenas a representante da CGPAN apresenta compreensão mais ampla sobre SAN. Enquanto que, em âmbito municipal de gestão, todos os representantes demonstram esta compreensão. Percebe-se que já há uma articulação intrasetorial entre CAB/INAD e CMESF, explicitada na fala abaixo, que pode ter permitido ao gestor da ESF apreender diversos aspectos da SAN expressos em suas falas supracitadas, o que pode não estar ocorrendo no âmbito federal.

“[...] eu penso nesse tema com uma certa cotidianidade. Hoje a gente estava discutindo a construção das hortas em unidades de saúde. Discutir alimentação saudável. Que mais? Bancos de alimentos. A gente está querendo fechar uma parceria com a EMBRAPA, para isso. É... que mais? A gente está junto do Annes Dias fazendo interlocução [...]” (Quartzo)

Mas, parece que esta discussão, presente no nível de gestão municipal, precisa ser compartilhada junto aos profissionais da ESF, tendo em vista que suas falas sobre SAN ainda são centradas na garantia de uma alimentação que atenda às necessidades nutricionais e que seja segura para o consumo.

### **3.2 Ações identificadas como promotoras de Segurança Alimentar e Nutricional na Estratégia Saúde da Família**

Todos os atores referiram que é possível desenvolver ações que promovam SAN através do trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família e

mencionaram tanto ações que já estão sendo realizadas quanto as que poderiam/deveriam ser desenvolvidas. As ações predominantes foram de vigilância nutricional e de promoção da alimentação saudável. Também foram citadas ações básicas de saúde como assistência pré-natal, puericultura e acompanhamento dos usuários cadastrados na ESF, prevenção de doenças, acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, programas de combate às carências nutricionais específicas (ferro e vitamina A) e ações para promoção da saúde, onde se incluem as parcerias intra e intersetoriais. Semelhante ao que foi citado por Valente et al (2007b).

A vigilância nutricional foi apontada pela CAB/INAD, CGPAN e pelos membros do FBSAN e do CONSEA.

“A questão do monitoramento... do monitoramento nutricional, da vigilância alimentar e nutricional, quer dizer, o acompanhamento das situações que a população vem submetida com relação aos aspectos é... antropométricos, da sua estatura, seu peso, enfim, assegura esse desenvolvimento. É... as questões relacionadas também ao levantamento de consumos e hábitos alimentares” (Esmeralda)

“[...] Enfim, acho que essa era uma área que é muito importante assim, que tinha que ser fortalecida. Quer dizer, o SISVAN como uma ferramenta para esse processo todo, não como um fim em si mesmo, mas como uma ferramenta para que a Estratégia Saúde da Família pudesse ter inclusive dados para poder atuar na sua, nos seus territórios de abrangência” (Topázio)

“Você pode trabalhar desde a questão do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a vigilância nutricional do grupo materno infantil ou de outras fases do ciclo da vida [...] A vigilância nutricional, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional hoje é algo muito mais concreto para as equipes, tanto de Saúde da Família como para as unidades que ainda não trabalham nesse modelo” (Rubi)

“[...] E outra coisa que agora eu lembrei é que monitoramento a gente tem, ações de monitoramento nutricional né? De vigilância nutricional realizada pelas equipes né? De crianças, de gestantes, escolas. Agora, acho que ainda falta a gente, acho que a gente está num contexto de estar assim, pensando, de começar a evoluir um pouco mais nisso” (Ágata)

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) tem como objetivos o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população brasileira para a identificação precoce de possíveis agravos nutricionais (baixo peso ou sobrepeso/obesidade) e evitar suas conseqüências, bem como o fornecimento de dados sobre a magnitude dos problemas nutricionais por meio da identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais. Torna-se assim um instrumento valioso de apoio às ações de assistência e promoção da saúde, bem como para o planejamento e implementação

de políticas, programas e ações de saúde e de SAN (FAGUNDES, 2004; VALENTE et al, 2007b).

A identificação da situação de insegurança alimentar e nutricional da população assistida e o fornecimento desses dados para elaboração e implementação de ações são apontados como atividades potenciais da ESF para promoção de SAN pelos gestores municipais e representantes da CGPAN e CONSEA.

“Então, os agentes comunitários e as equipes, eles são atores privilegiados na identificação de problemas da comunidade, de problemas no território onde ele atua. Então, problemas com falta de alimento, problemas de desnutrição ou de deficiências nutricionais, eles são... alvo da ação dos agentes comunitários e eles favorecendo ações que possam é... fazer a proteção dessa família com relação as suas necessidades, eles estão fazendo ações de segurança alimentar e nutricional” (Esmeralda)

“[...] mediante o próprio diagnóstico nutricional das coletividades que vão, dos indivíduos e das coletividades que vão te indicar numa comunidade quem são as pessoas mais afetadas, aonde é que elas vivem, até geograficamente e com isso, logicamente, levantar demanda de ações concretas relativas a alimentação dessas pessoas [...] Então, a saúde pode trabalhar na contribuição da identificação das pessoas em situação de vulnerabilidade de Segurança Alimentar e Nutricional” (Rubi)

“[...] além disso, a proposta de saúde da família é essa capilaridade nas famílias né? No território, então, esse contato, essa vivência, junto à realidade das famílias, da realidade concreta né? Da questão sócio-econômica dessas famílias. Traz uma perspectiva maior de identificar os problemas né? Onde... de focalizar um pouco mais os problemas, identificar os problemas, de tentar discutir com as equipes né? Possíveis soluções para os problemas, ou com os próprios movimentos, associação de mulheres, associações de moradores [...]” (Ágata)

“Por exemplo, a discussão que eu fazia hoje do banco de alimentos, a gente estava pensando em fazer busca ativa das demandas de alimentação a partir do PSF, aonde tem. Hoje a gente tem 220 comunidades já com PSF. Então, um dos caminhos seria a gente fazer busca ativa para distribuição desse banco de alimentos em território, entendeu?” (Quartzo)

As falas acima remetem ao componente de vigilância alimentar do SISVAN. A implementação deste sistema de informação em todos os municípios ainda é um desafio. Segundo dados disponibilizados pela Câmara Interministerial de SAN (BRASIL, 2009d, p.43), atualmente 5.438 municípios informam dados de antropometria e apenas 1.278 informam dados de consumo alimentar. O sistema opera em 20 mil unidades de atenção básica. Com isso, entre 2003 e 2008, o número de acompanhamentos nutricionais aumentou de 63 mil para mais de nove milhões de registros.

Anjos e Burlandy (2010) destacam que a ênfase na avaliação nutricional antropométrica ainda prevalece nos estudos epidemiológicos e pouco se evoluiu no conhecimento da situação alimentar da população brasileira, apesar da realização de estudos como a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF). Para os autores, do ponto de vista da SAN, permanece o desafio de articular pesquisas sobre o estado nutricional da população com as que tratam de produção e comercialização de alimentos, condições socioeconômicas, disponibilidade e acesso a políticas públicas.

O acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) foi apontado pelos gestores municipais e federais como ação promotora de SAN na ESF.

“Uma das ações é a questão das condicionalidades do Bolsa Família, aquelas que acompanham famílias do Bolsa Família, né” (Diamante)

“[...] ações de...é... de acompanhamento das famílias do Bolsa Família, que são outras... que é uma das ações é que... que a saúde tem como compromisso para o funcionamento, enfim, para a gestão do Programa Bolsa Família” (Esmeralda)

“Mas a gente vê que as nutricionistas tem um trabalho, né, no sentido de geração de renda, de atuação no bolsa família né? Que está buscando essas famílias, trazendo o processo de condicionalidades, grupos educativos, enfim... além de estar podendo fazer um diagnóstico da situação junto às equipes da questão alimentar e nutricional da área” (Ágata)

“Então é... E também se engajando na questão em relação ao Bolsa Família, né? Então... com certeza é... o pessoal que trabalha no Programa de Saúde da Família vem se esforçando em dar conta dessa questão” (Safira)

“Eu não tenho dúvida de que isso é possível de ser operado no PSF. Eu acho que alguma medida a gente já opera, né? Por exemplo, o Bolsa Família muitas vezes é mediado pelo PSF. Eu acho que é uma política de inclusão sim, alimentar, né? Pelo menos pelo que eu observo em território [...]” (Quartzo)

O Ministério da Saúde é responsável pela oferta de serviços básicos de saúde às famílias beneficiárias do PBF. Para recebimento do benefício, as gestantes, nutrizes e crianças menores de sete anos membros de famílias atendidas pelo PBF devem fazer o acompanhamento pré-natal, o acompanhamento do estado nutricional e cumprir o calendário de imunização. Segundo a CAISAN (BRASIL, 2009d, p. 44), a cobertura atual do PBF é de 63% das famílias, com 99% das ações de saúde realizadas. Este registro é feito no SISVAN e deve orientar o planejamento de outras ações de saúde dirigidas às famílias, ampliando o acesso aos serviços para além das ações básicas.

A fala de um dos profissionais participantes do segundo grupo focal relatando atividades junto a beneficiários do PBF aponta para o desenvolvimento de ações para além do cumprimento estrito das condicionalidades:

“Quando você fala de Bolsa Família né? Tem toda aquela coisa. Ah, a saúde vai pesar, tem lá o que a saúde vai está fazendo. E eu achei legal que a gente levou... começou, né, a fazer um trabalho com agentes de saúde. Com os agentes comunitários [...] Eles gostam, eles ajudam, eles levam, então eles se preocupam né? Porque você imagina, você fala Bolsa Família, né? Você também está falando de uma garantia de alimento e tudo mais. Então duas agentes me procuraram e falaram assim: [...] os responsáveis, muitas mães com sobrepeso, com obesidade. Será que a gente podia fazer alguma coisa?” Então quer dizer, sentamos, aí conseguimos na comunidade a pessoa que pratica educação física né? Uma professora, e aí nós fizemos parceria. Então, quer dizer, de um programa né? Que tem essa visão também né de garantir um desses direitos que é alimentação, e ela dali, de um visual, não teve tabela, não teve nada né? Ela viu e realmente, a gente está começando também a fazer um trabalho... Exatamente, foi assim bem interessante. Que você começa a expandir mais ainda. Pra outras áreas, essa importância né?” (Hematita)

Esta fala abriu espaço para perguntar aos demais participantes do grupo focal se eles também desenvolviam ações junto aos beneficiários do PBF. Diferentes situações foram relatadas:

“É, assim, na verdade, as pessoas que recebem o Bolsa Família, são pessoas que são da nossa área e eles são acompanhados também na questão do acompanhamento da puericultura, na questão do pré-natal, das mulheres, então de uma certa maneira, eles estão sendo acompanhados com a gente na... no acompanhamento do desenvolvimento, dentro dos ciclos de vida né? E nos outros grupos que a gente faz, né? Tem o grupo de adolescentes, as mães, que tem os seus filhos que estão no bolsa família. Tem o grupo do Bolsa Família, tem os outros grupos. Então assim, tem uma integração das nossas ações no sentido para aquela comunidade” (Alexandrita)

“Olha, nos últimos, sei lá. Acho que nos últimos dois anos, assim, teve um que teve até uma palestra e tudo mais, mas não tinha nada a ver com alimentação saudável” (Gipsita)

A situação de maior vulnerabilidade das famílias incluídas no PBF indica que estas pessoas necessitam de um acompanhamento diferenciado pelas equipes da ESF, pondo em prática o princípio da equidade. A fala de Alexandrita refere a inclusão dos beneficiários do PBF nas ações cotidianas do serviço de saúde onde trabalha, mas também aponta para realização de ação específica para esse público ao referir-se que *“tem o grupo do Bolsa Família”*. Enquanto Gipsita aponta para a ausência deste tipo de ação em seu local de trabalho.

A Comissão Permanente para o DHAA (CPDHAA) do CONSEA considera que o acompanhamento de saúde e do estado nutricional das famílias é direito de todos, cabendo aos poderes públicos garantir a qualidade destes serviços e seu provimento aos beneficiários do PBF. Nesta perspectiva, *“a obrigação do cumprimento das condicionalidades cabe a estes poderes, e não às famílias”*. A comissão explica que cabe às famílias *“garantir que seus membros, em especial crianças, gestantes, nutrizes e idosos se utilizem dos serviços disponíveis para garantir uma melhor qualidade de vida”* (Brasil, 2006e, p.9).

Os demais profissionais, participantes da pesquisa no primeiro grupo focal, não mencionaram ou relacionaram as condicionalidades de saúde do PBF ou outras ações desenvolvidas junto aos beneficiários do programa com a promoção de SAN na ESF.

Ações básicas de saúde (pré-natal, puericultura, prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis, acompanhamento dos usuários da ESF) também foram citadas pela CGPAN, CONSEA, FBSAN e CMESF como ações promotoras de SAN.

“Bom, eu acho que as ações que estão sendo desenvolvidas com mais ênfase nos serviços de saúde, elas ainda são as ações é... da vigilância alimentar e nutricional, do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças e das gestantes. Isso ainda é muito forte em termos de serviço” (Esmeralda)

“Agora, quando a gente olha para os adultos, eu acho que aí a questão principal é: primeiro, o diagnóstico e tratamento de doenças crônicas, que aí a questão já sai um pouco do preventivo, mas vai pro fundamental que é tentar diminuir danos de doenças já instaladas ou em via de instalação, que são doenças, hipertensão, obesidade, etc. Mas, antes disso com jovens ou adultos jovens fazer a promoção da saúde para realmente fazer a prevenção dessas doenças crônicas no futuro” (Topázio)

“O atendimento à criança, ele é fundamental pra poder fazer, pra começar, quer dizer, desenvolver novas gerações saudáveis e que tenham acesso e que façam hoje uma alimentação saudável. Então, isso começa na verdade na gestação [...]Então, fundamental que o pré-natal incorpore essa agenda da nutrição pra que faça a prevenção e a promoção da saúde [...] E depois no acompanhamento da criança, do crescimento e desenvolvimento, especialmente das crianças pequenas menores de 5 anos, com olhar ainda mais especial e detalhado pras crianças menores de 2 anos, que são as que têm maior vulnerabilidade nesse processo todo” (Topázio)

“Além disso, a gente faz acompanhamento dos pacientes, todos do PSF. De forma cotidiana. Esse camarada, ele visita algumas vezes a unidade de saúde né? Por ano. Então há um acompanhamento que se dá, uma troca muito legítima e muito cotidiana” (Quartzo)

As ações desenvolvidas no âmbito da AB são fundamentais para garantia da saúde da população e desta forma contribuem para a garantia da SAN, pois ter um

bom estado de saúde é pressuposto para que ocorra a adequada utilização biológica do alimento e o objetivo fim da nutrição seja concretizado.

As áreas de saúde da mulher e da criança são estabelecidas como áreas estratégicas de atuação da AB, dentro delas constam a assistência pré-natal e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Estudos realizados nas últimas décadas, a partir dos quais se desenvolve a abordagem de atenção à saúde no curso da vida, sugerem que as condições em que se dão o desenvolvimento intra-uterino e nos primeiros anos de vida podem refletir e condicionar o estado de saúde na vida adulta (BRASIL, 2006b; VALENTE et al, 2007b). Desta forma, ações voltadas ao público materno-infantil devem continuar tendo prioridade e sendo aprimoradas no âmbito da atenção básica, incluindo as ações de alimentação e nutrição.

Na abordagem do curso da vida entende-se que *“qualquer repercussão (positiva ou negativa) em uma das fases do curso da vida repercutirá, em maior ou menor grau, sobre as fases subseqüentes”* (BRASIL, 2009c, p.19). Apesar de existirem fases no curso da vida mais vulneráveis (como citado no parágrafo acima), todas as fases devem ser objeto de atenção das políticas e programas públicos porque apresentam características singulares que determinam seus próprios graus de vulnerabilidade (BRASIL, 2009c).

Observa-se nos últimos anos um esforço no intuito de incluir novas abordagens e ações a outras fases do curso da vida nos serviços de atenção básica à saúde. Foram incluídas entre as áreas programáticas estratégicas a saúde do adolescente e do jovem, a saúde do idoso e mais recentemente a saúde do homem (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2006g; BRASIL, 2009d).

O controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus também são áreas estratégicas da AB. As doenças crônicas não-transmissíveis constituem-se em novas epidemias no Brasil, cabendo aos serviços de AB prestar assistência aos portadores destas doenças prevenindo seus agravos, bem como promover junto à população não enferma o combate aos seus fatores de risco, entre eles a má alimentação e o sedentarismo. No entanto, isto não cabe somente ao setor saúde, pois é necessária a *“constituição de ambientes e contextos promotores de práticas saudáveis que possibilitem e garantam a todo e qualquer cidadão a possibilidade e as informações necessárias para a adoção de modos de vida saudáveis”* (BRASIL, 2006b).

As ações de promoção da alimentação saudável foram colocadas por todos os atores participantes da pesquisa como exemplos de promoção da SAN na ESF. Foi possível perceber variações na forma de entender a alimentação saudável e de desenvolver as ações para sua promoção (parcerias, grupos priorizados, técnicas utilizadas). A amplitude das ações desenvolvidas na ESF com o propósito de promover a alimentação saudável é destacada pelos gestores federais:

“Só pra ter uma idéia, ano passado a gente teve um encontro aqui dos 15, comemorando 15 anos da Saúde da Família, e... nesse encontro é... tinha inscrição, foram inscritos mais de 4 mil trabalhos e desses 4 mil, mil trabalhos eram de ... sobre promoção a saúde. Desses trabalhos de promoção a saúde uma boa parte deles era sobre a... promoção da alimentação saudável e da segurança alimentar” (Diamante)

“[...] quer dizer, em todas as fases do ciclo da vida, todas as atividades que envolvem a promoção da alimentação saudável, nos ambientes escolares, nos ambientes de trabalho e das unidades de saúde, sendo as equipes de saúde da família os grandes promotores dessa alimentação saudável, levando essa informação, levando essa orientação para as famílias e para as pessoas em geral” (Esmeralda)

A diversidade de iniciativas para promover a alimentação saudável é percebida nos relatos dos profissionais e gestores municipais, com destaque para o plantio de hortas e realização de oficinas culinárias:

“Nós temos lá a hortinha que agora está sendo mexida e tudo. Nós plantamos lá alguns chás, mostarda, salsa, cebolinha. E as pessoas estão indo ver, perguntam. [...] Couve, essas coisas, a gente até colheu e comeu lá na unidade mesmo. Tem uma coisa também chamada caruru, nem muita gente conhece, mas olha” (Ônix)

“Lá onde eu moro também, a unidade além de ter a horta própria, tanto nutricional como medicinal, que é a fitoterápica não é? Por ter uma abundância de terra, eles próprios têm suas hortinhas dentro de casa. Com esses temperos, tomate, cheiro verde, aipim, batata doce. E sai umas coisas bem mais bonitas do que as que você encontra no mercado” (Jaspe)

“E a horta vem sendo desenvolvida tanto em escolas quanto nas equipes de PSF né? E trabalhando associando a questão da horta com as práticas culinárias” (Ametista)

“E outras coisas que eles vêm desenvolvendo na promoção da alimentação saudável, são, é, a partir é... utilizando estratégias com oficinas de culinárias, que a gente vê em várias equipes, vários grupos estão realizando oficinas de culinária para promover a alimentação saudável, e é assim... nessa linha que a gente vem trabalhando de respeito a cultura local entendeu? Da produção local de alimentos entendeu? A gente vem falando muito sobre isso, então essas oficinas eu acho que são bem mais próximas das realidades locais, entendeu? Acho que isso também vem ajudando muito né?” (Safira)

“A gente tem uma unidade, por exemplo, que hoje já trabalha uma horta coletiva [...] Tem unidade que tem cozinha comunitária. Tem unidade que o camarada está trabalhando com alimentação viva, por exemplo. Entendeu?” (Quartzo)



“Eu como Agente Comunitária, eu criei uma cozinha alternativa dentro da comunidade que eu trabalho. Então, eu faço capacitação de 20 pessoas em cada dois meses. Depois que essas pessoas passam pelo cursinho que a gente dá, é que elas vão ver que tem muita coisa que elas jogam fora que poderiam ser reaproveitadas, entendeu?” (Jaspe)

A alimentação saudável não consiste apenas no consumo adequado de nutrientes. Ela se dá pelo consumo de alimentos que têm sabor, forma, cor, textura, significados culturais, comportamentais e afetivos. Assim, sua promoção deve levar em conta estes aspectos, resgatando práticas e valores alimentares culturalmente referenciados bem como estimulando a produção e o consumo de alimentos saudáveis regionais (PINHEIRO, RECINE, CARVALHO, 2006). O cultivo de hortas e as oficinas culinárias apontadas nas falas acima podem convergir nessa perspectiva e contribuir para a promoção de práticas alimentares saudáveis no contexto amplo da promoção da saúde.

A introdução do tema da alimentação saudável no trabalho com grupos específicos também foi referida por alguns profissionais:

“[...] O grupo de gestantes que funciona de quinze em quinze dias na unidade. Aí tem sempre o dia que a gente tira só para falar sobre alimentação [...] Trabalha com o grupo do pessoal do dentista também por que fala da importância da saúde bucal, dos alimentos e a saúde bucal. E o grupo de hipertensos e diabéticos, porque fazem ginástica, isso tudo a gente vai inserindo. E o grupo de artesanato, eu vivo com elas lá, então eu vivo falando [...] Então, isso a gente consegue, mas seria interessante ter outros mais porque ainda é pouco” (Ônix)

“[...] já trabalhei com um grupo de adolescentes, assim, relacionado ao tema. Falando de, acho que era alimentação saudável. E a gente montou num dia [...] a gente levou vários alimentos, mas assim, mais naturais, nada de industrializados. Colocou sobre a mesa, inventamos pastinhas, eles montaram sanduíches [...] e aí antes conversamos sobre o assunto, falamos também sobre a falta né? Do alimento. Porque na comunidade tem pessoas que tem mais dificuldades e tudo mais, financeira [...] E aí a gente trabalhou isso assim. E eles montaram o sanduíche, com o que eles gostavam. Então viram que ficou uma coisa saudável, e assim, nutritiva e saborosa, que é importante né? Porque eu acho que vai muito do sabor também né? Então eles acabaram gostando” (Gipsita)

“E agora na unidade, a gente está com um grupo para está fazendo é, um acompanhamento em relação a obesidade. Então a gente esta discutindo. É, são grupos de mulheres, de 35 a 40 anos. Então a gente discute um pouquinho de alimentação saudável, de reeducação alimentar, de atividade física. Então a gente esta desenvolvendo esse grupo também. E o bom, é que [...] a gente sempre discute é, a questão assim, levantado através do que eles solicitam pra gente. Então a gente, é uma interação participativa [...]” (Alexandrita)

Pinheiro (2005, p.5) ressalta que o relatório final da II Conferencia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2004b) revelou um aspecto importante

relativo ao entendimento do que é alimentação saudável no contexto da SAN ao considerar a obesidade juntamente como a desnutrição como manifestações de (In) Segurança Alimentar e Nutricional. A autora explica que a inclusão da obesidade no contexto da SAN agregou valor à dimensão qualitativa em seu próprio conceito. Com esta compreensão a qualidade da alimentação torna-se também um objetivo a ser alcançado, além das dimensões de dignidade humana, quantidade, regularidade e sustentabilidade. Desta forma, a alimentação saudável e adequada incorpora-se definitivamente à busca pela garantia da SAN.

A promoção da alimentação saudável é apontada por Pinheiro (2005, p.11) como uma “*zona de intersecção*” entre a promoção da saúde e a promoção de SAN, podendo aproximar e subsidiar o diálogo intersetorial, imprescindível tanto para a garantia da SAN quanto da saúde.

Os gestores municipais participantes da pesquisa referem iniciativas da ESF para trabalhar a promoção da alimentação saudável:

“Além disso, a gente está aproximando com o INAD, para fazer discussão de alimentação saudável. A gente quer para esse ano ainda trabalhar o esquema de reaproveitamento, não, tem outro nome agora. É... aproveitamento integral de alimentos para as unidades. Enfim, tem alguns movimentos” (Quartzo)

“A gente tem feito as capacitações né, dos profissionais... E ela vem desenvolvendo muitos trabalhos de promoção da alimentação saudável né? Do direito humano, nessa vertente de discussão com a população. Então é... e também se engajando na questão em relação ao bolsa família né? Então... com certeza é... o pessoal que trabalha no Programa de Saúde da Família vem se esforçando em dar conta dessa questão” (Safira)

O incentivo ao aleitamento materno como promoção da alimentação saudável é apontado pelos gestores municipais e pelas representantes do FBSAN e CGPAN:

“[...] é fundamental a questão do aleitamento materno, acho que pra se falar de Segurança Alimentar e Nutricional tem que se falar em primeiro lugar do aleitamento materno, ele é o primeiro alimento” (Topázio)

A orientação nutricional com ênfase no aleitamento materno [...] promoção da alimentação saudável, desde o aleitamento materno [...] (Esmeralda)

“Pensando assim bem no início né, na questão da promoção da alimentação saudável, a gente vai lá pro aleitamento materno né? Que eu acho que é a coisa do primeiro alimento e garantir que a criança tenha um acesso né? [...] E hoje a gente tem algumas equipes já, é, envolvidas na... na IUBAAM que eu acho que é uma coisa muito positiva né? E a cada dia a gente tem mais equipes desenvolvendo

nessa proposta né? Eu acho que isso é o início né? De um trabalho que as equipes de saúde da família podem desenvolver junto às comunidades né?” (Safira)

“A gente trabalha com IUBAAM, por exemplo. Trabalha amamentação. Aliás, a amamentação é algo bem forte no PSF, e eu acho que está estritamente ligado com a segurança alimentar” (Quartzo)

O aleitamento materno é a primeira prática alimentar a ser estimulada visando à formação de hábitos alimentares saudáveis. Esta prática insere-se no contexto da adoção de modos de vida saudáveis, componente importante da promoção da saúde. Atualmente somam-se ao fator protetor do aleitamento materno contra muitas doenças prevalentes na infância seus benefícios a longo prazo como a menor prevalência de obesidade na infância com possíveis repercussões na adolescência (BRASIL, 2006b).

A Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) citada pelos gestores municipais tem por objetivo instrumentalizar a rede básica de saúde para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio da adoção dos "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação". Essa Iniciativa foi implementada de forma pioneira no Estado do Rio de Janeiro em 1999 e regulamentada em 2005. Através do Grupo Técnico Interinstitucional de Aleitamento Materno (GTIAM), coordenado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA) a Secretaria de Estado da Saúde realiza a oferta de capacitação para a formação de multiplicadores e de avaliadores da IUBAAM (OLIVEIRA, CAMACHO & SOUZA, 2005; RIO DE JANEIRO, 2005). Segundo Oliveira (2006), já existiam 44 unidades básicas credenciadas como “Amigas da Amamentação” no Estado do Rio de Janeiro em 2006.

Valente et al (2007b) ressaltam que, junto aos esforços do setor saúde para promoção do aleitamento materno, é preciso que outros setores envolvidos nesta questão cumpram a legislação vigente quanto à licença maternidade, disponibilidade de horários e ambientes adequados para amamentação e creches nos locais de trabalho, entre outros. A regulação da comercialização de alimentos infantis e outros produtos correlatos também deve ser realizada pelo Estado como forma de proteção do aleitamento materno.

A aprovação da Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, criou o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, aumentando o tempo da licença de 120 para 180 dias,

consistindo em importante iniciativa de promoção e garantia do aleitamento materno. O Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estão elaborando o referencial técnico para a criação de salas de apoio à amamentação. Além disso, o aumento progressivo do número de Bancos de Leite Humano (195 em 2009) também tem contribuído para a garantia do acesso ao leite materno. No ano de 2008, 110.648 mulheres doaram leite no Brasil e 157.282 foram receptoras (BRASIL, 2009d).

Chamou atenção o fato dos demais atores, especialmente os profissionais das equipes da ESF, não citarem o incentivo ao aleitamento materno como prática promotora de alimentação saudável ou promotora de SAN, uma vez que esforços já vêm sendo realizados em nível nacional, e no Rio de Janeiro, para que esta prática faça parte do cotidiano dos serviços de saúde.

A realização de ações intersetoriais para a promoção da SAN é citada por representantes da CAB/INAD, CGPAN, CGAB e do CONSEA como potencial da ESF:

“Eu acho especialmente que o PSF por sua forma característica, tem uma possibilidade maior de trabalhar nesse sentido né? Junto a outros setores. Até porque, umas das formas né, de atuação, se põe em uma ação mais intersetorial. No território né? Enfim, o que a gente vem percebendo até dos relatórios, das nutricionistas da... que atuam na estratégia, é essa possibilidade de estar interagindo com escolas, creches, ou com associações, ou com ONG, ou com.. é... instituições, ou organizações sociais que dêem algum suporte social para aquela comunidade, além da saúde. Então há essa possibilidade melhor de estar articulando com outros órgãos na área [...] (Ágata)

“É... e... também as ações intersetoriais que garantam acesso das pessoas aos alimentos [...]” (Esmeralda)

“[...] Além disso é... tem algumas equipes que... que trabalham junto as secretarias estaduais de... de... saúde a questão de... ações intersetoriais pra garantir a segurança alimentar, então... essa é uma minoria, essa já é uma coisa que é uma inovação de algumas equipes, mas que já está acontecendo, que é trabalhar... fazer um trabalho intersetorial pra garantir a segurança alimentar” (Diamante)

“Porque elas vão trabalhar com esses diagnósticos, esses levantamentos de informações de grupos de maior vulnerabilidade e ao mesmo tempo, mediante a intersectorialidade, as parcerias, a contribuição que a saúde vai dar à política municipal de Segurança Alimentar, também, as equipes podem ser animadoras de processos intersetoriais que vão contribuir com a Segurança Alimentar das comunidades” (Rubi)

A busca pela intersectorialidade objetiva conseguir resultados mais efetivos do que os que poderiam ser alcançados isoladamente pelo setor saúde. Ou seja, busca superar a ótica fragmentada que orientou a formação deste setor. Costa, Pontes &

Rocha (2006, p.105) observam que a implementação da intersectorialidade é um grande e complexo desafio, uma vez que necessita de *“mudanças nas formas de atuação, operação política e gestão das instituições e das pessoas que as integram”*. Como apontado anteriormente no contexto deste estudo, a intersectorialidade é fundamental para garantia de SAN da população.

Ações junto ao setor educação são referidas pelos gestores municipais e federais como exemplos de parcerias intersectoriais exitosas para promoção de SAN.

“Outra ação que também é promovida... que é desenvolvida pelas equipes, a ação junto às escolas para... é... através do programa Saúde na Escola e dentro desse programa tem a promoção da...segurança alimentar é... através da merenda escolar... é... do trabalho junto as merendeiras, da secretaria de educação a questão da... da... merenda escolar. (Diamante)

“O programa Saúde na Escola é um exemplo importante de uma ação intersectorial é... que leva a Saúde da Família para as escolas não é? Entendeu? Para o ambiente escolar, para uma ação voltada, no caso da alimentação, para promoção da alimentação saudável, ao monitoramento nutricional. Mas, têm várias outras ações que são desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família nesse espaço escolar. Então, a garantia dessa integração das unidades de saúde, das equipes de Saúde da Família com as escolas que estão no seu território é um importante elemento também de segurança alimentar” (Esmeralda)

“[...] Mas temos outro setor parceiro que a gente tem trabalhado muito junto e com a unidade com eixo de ação que é trabalhar junto às escolas, e os temas tem perpassado, entendeu? Esse ano foi água, no ano passado foi a questão da propaganda ou no ano retrasado.. tem a questão da oficina culinária, no ano passado foi horta, no ano retrasado foi a propaganda. Quer dizer, então, nós temos uma linha de ação que chega às escolas e chega às unidades de saúde. Então já facilita de alguma forma um trabalho integrado na área entre saúde e educação com temas que para a gente são caros para a segurança alimentar e nutricional” (Jade)

“E a horta vem sendo desenvolvida tanto em escolas quanto nas equipes de PSF né? E trabalhando associando a questão da horta com as práticas culinárias” (Ametista)

“Eu acho que existem diversas propostas. A própria interação do Dente Escola com as escolas, entendeu? Tem uma questão que se discute também a alimentação por vezes, em fim, no território” (Quartzo)

De acordo com o Departamento de Atenção Básica/SAS/MS (BRASIL, 2009g), a promoção da saúde escolar tem evoluído durante as últimas décadas, seguindo as iniciativas de promoção da saúde pelo mundo. Nesta perspectiva, foi instituído em dezembro de 2007 (Decreto nº 6.068), pela parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação, o Programa Saúde na Escola (PSE).

Considerando a escola um espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para saúde, o PSE visa ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de

Jovens e Adultos. Prevê-se que as atividades do Programa, entre elas a promoção da alimentação saudável, sejam desenvolvidas em articulação entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e a rede pública de educação (BRASIL, 2009g). Em 2008, 608 municípios já haviam aderido ao PSE (BRASIL, 2009d, p.44).

Alguns profissionais participantes deste estudo relataram a realização de ações junto às escolas e creches particulares do seu território e ressaltaram o potencial deste espaço para promoção da saúde e da SAN:

“[...] A gente tem, na minha área tem muitas creches particulares [...] Então, a gente já desenvolveu trabalho com as crianças sozinhas na creche, desenvolveu na questão do tato, da alimentação, do colorido, de experimentar novos alimentos, novas frutas. A gente já fez, é, dias específicos com os funcionários da creche para tentar, é, organização de, alimentação mais saudável para as crianças e a gente já fez em grupos com o pessoal que trabalha na creche, com as crianças e com a família. Que a gente já convidou. Então a gente na creche, a gente já fez estes tipos, com os profissionais, com as crianças e com os três juntos” (Alexandrita)

“No ano passado nós fizemos a semana de alimentação nas escolas, então pegando a escola particular. Porque realmente a escola municipal já está com um trabalho sendo desenvolvido, até porque receberam aquela cartilha e tal do INAD. Então, já que a comunidade também precisa e essas crianças da escola particular precisam também, então nós fomos pra escola, particular. Foi muito bom. As crianças tiveram uma participação muito grande. Os pais quiseram ir para essa reunião, porque eles iam ver a nutricionista também dando apoio. Foi muito bom porque agente trabalhou até a atividade física, alimentação, a segurança alimentar, como fazer e tudo. Então, foi legal para caramba e esse ano eu já vou fazer de novo, só que eu vou para as escolas municipais também” (Ônix)

“Mas, eu acho que o PSF agora, não só o PSF, como as creches, as escolas, eles estão buscando muito esse negócio da alimentação, as hortas. Por que você vê escolas, pelo menos lá na zona oeste, você vê escolas que tem horta, creches, postos de saúde, que são PSF. Então, eles estão fazendo um trabalho muito legal voltado pra alimentação saudável que é essas hortas comunitárias que eles mesmos plantam e colhem ali, para uso próprio ou vendem pra gerar renda para família [...] Eu acho que tem que começar daí, das escolas, é nas escolas que vai aprendendo a se educar” (Jaspe)

“Mas, eu acho, eu vejo também assim, que esse trabalho tem que começar na escola [...] eu pergunto, será que na escola eles não têm nenhuma atividade que pode ser feita pra ver se a criança comesse esse alimento de uma outra maneira, de uma forma assim. [...] na escola a criança tem uma boa merenda. Acho que teria que trabalhar na escola, que a maioria das crianças que vai naquela escola mora na comunidade, a escola poderia está identificando aqueles alunos que não gostam de comer cenoura, que não gostam de comer um chuchu. Tem que começar a trabalhar com aquela criança pra ela poder se alimentar, pra ela poder experimentar e comer. Porque na unidade muitas vezes não tem como a gente fazer, alguma maneira de cozinhar, de fazer” (Citrino)

A atuação das equipes de Saúde da Família no âmbito escolar, entre outros espaços comunitários, está prevista na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a) e é reforçada pelo PSE devido a sua potencialidade em evitar agravos e promover a saúde e qualidade de vida.

Ações de suplementação de ferro e vitamina A para combate às carências nutricionais específicas só foram citadas pela CGPAN como ações promotoras de SAN realizadas na ESF.

“[...] Ações de suplementação de ferro, vitamina A também no Nordeste [...]”  
(Esmeralda)

Segundo o Guia Alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2006b), apesar da ausência de estudos recentes e de representatividade nacional acerca da carência de micronutrientes, estudos locais permitem inferir que as deficiências de ferro (anemia ferropriva) e vitamina A (hipovitaminose A) ainda são as principais deficiências nutricionais que acometem a população brasileira.

Os Programas Nacionais de Suplementação de Ferro e Vitamina A foram instituídos em 2005. A suplementação de ferro é universal para crianças de 6 a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto em todo o território nacional. A distribuição de megadoses de vitamina A contempla os estados da região Nordeste e os municípios do Vale do Jequitinhonha e Mucuri, em Minas Gerais e o município de Nova Odessa-SP, regiões endêmicas da hipovitaminose A. Para os indígenas, a distribuição é realizada em todo o Nordeste, Tocantins, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso, mas somente as crianças de 6 – 59 meses são contempladas com as megadoses (BRASIL, 2009c).

As ações dos programas de suplementação devem ser realizadas nos serviços de saúde que acompanhem seu público alvo, sendo as unidades de AB o principal espaço de desenvolvimento. Mas, o combate às carências nutricionais também pressupõe o combate às iniquidades sociais que dificultam e impedem a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada.

Os diferentes atores sociais demonstram reconhecer a ESF como um espaço promotor de SAN, mas as ações que identificam encontram-se majoritariamente ligadas à dimensão nutricional da SAN. Esta característica sugere que o setor saúde, neste caso através da ESF, ainda necessita incorporar em suas práticas questões que permitam ultrapassar os limites dos modelos tradicionais de intervenção, como a articulação de saberes técnicos e populares, reforço à ação comunitária, educação popular e cidadania, entre outros (FERREIRA E MAGALHÃES, 2007, p.1677). Ou seja, a própria ótica da promoção da saúde, que

deve ser realizada com intersetorialidade e participação popular, ainda precisa ser melhor incorporada na gestão e no desenvolvimento cotidiano das ações da ESF.

### **3.3 Dificuldades para promoção de Segurança Alimentar e Nutricional na Estratégia Saúde da Família**

Ao mesmo tempo em que relataram as ações que consideram promotoras de SAN na ESF os profissionais apontaram muitas dificuldades para realização das mesmas. Predominou em suas falas a dificuldade de inserir as “ações de promoção”, como se referiam, no cotidiano dos serviços. Os profissionais da ESF citam que esta dificuldade está ligada à própria organização do processo de trabalho, que prioriza as ações assistenciais, e também ao interesse e comprometimento dos profissionais das equipes com a realização de ações de promoção à saúde:

“[...] é difícil às vezes, você conciliar, porque você tem um monte de atribuições. É claro que você tem aquele período específico pra desenvolver a promoção, mas não que aquele tempo dali seja suficiente pra você dar conta de tudo que você planeja e deseja ser realizado [...] Então assim, é coisas que a gente gostaria de fazer, mas por outros compromissos, e outras atividades que a gente tem que dar conta a gente não consegue fazer tudo, abraçar tudo, né?” (Alexandrita)

“Muitas vezes eu não vejo isso acontecer lá na unidade, o que vejo mais acontecer é consulta. Tratamento e consulta de diabetes e hipertensão, consulta de criança, o preventivo. Mas, realmente, estratégias desenvolvidas pra alimentação, isso dificilmente tem acontecido” (Citrino)

“Depende muito também dos profissionais que trabalham com você. Se os profissionais que trabalham com você não se interessam por aquele tema você não vai conseguir ir adiante, você vai ficar um eu sozinho [...] Quer dizer, fica uma pessoa sozinha. E é uma coisa que devia ter uma consciência, pensando-se que é um profissional de saúde [ênfatisa a fala]. Então, deveria ser uma consciência de todos e é uma coisa assim, que é uma minoria que leva essa bandeira, que levanta essa bandeira, isso eu acho uma dificuldade grande também, entendeu? [...] E aí você não tem o entendimento da estratégia, porque a estratégia trabalha em cima da promoção” (Turquesa)

A rotina de trabalho, pautada nas áreas programáticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, parece dificultar e limitar o trabalho das equipes, conforme os relatos abaixo:



“[...] às vezes a questão é questão de trabalho, a gente tem um trabalho para cumprir. Todas as atividades de promoção, a gente tem um trabalho para cumprir mensalmente. A gente tem que visitar as gestantes, as crianças menores de 2 anos, os hipertensos, os diabéticos. E às vezes a gente acaba de fazer e a gente fica tão desanimado [...] Então, como você tem que responder o SIAB em cima dessas perguntas, você vai mentir ou vai inventar dados a vida toda? Não vai. Então você acaba se esforçando para fazer. Então é muito difícil [...]” (Citrino)

“Até porque, por abranger toda...é saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, tam tam tam... [...] e aí às vezes falta tempo mesmo pra desenvolver outras coisas [...] Então a gente é “engolido”. É... somos “engolidos” pela rotina do dia a dia. Grupo disso, grupo daquilo, saúde da mulher, nam nam nam...” (Gipsita)

O gestor municipal da ESF também aponta a dificuldade de superar esta lógica programática e construir uma atenção integral à saúde. Ele ressalta que este é um problema histórico e que ainda é reforçado por algumas práticas do Ministério da Saúde.

“Outra coisa é integrar [...] uma máquina muito grande que vem numa lógica programática às vezes, como é que você traz essa lógica programática para uma lógica de integralidade. Eu sinto que isso é um nó. [...] A gente tem que pegar um histórico, de atenção programática muito grande, e quando você tem esse histórico, é... e mais de uma atenção em saúde hospitalecêntrica, né? Centrada no hospital. Então, até você reconstruir esse discurso, é um negócio meio lento.. É, historicamente é... E o Ministério da Saúde reforça isso de alguma forma né? O que você tem por exemplo de preenchimento de formulários, ela é toda voltada pra isso, muitas vezes. Entendeu?” (Quartzo)

As dificuldades na organização do processo de trabalho também são citadas pelo gestor federal da ESF:

“A gente tem dificuldades que são gerais no Saúde da Família né, uma delas é a... organização do processo de trabalho da equipe, isso depende também da organização de trabalho da gestão do município [...] Além disso, o próprio processo de trabalho interno das equipes, que muitas vezes prioriza a atenção à demanda espontânea, ao pronto atendimento e não as ações programáticas e isso a gente tem trabalhado através das capacitações e dos... dos materiais que são distribuídos as equipes. Então essas duas são as principais, tanto a organização da gestão do município, que pode dificultar, como a questão do próprio processo de trabalho interno das equipes”

“[...] Muitas vezes o município que não está bem organizado na atenção primária, na atenção básica né e a equipe em vez de ter que lidar só com a população daquela área adscrita, que a gente recomenda a população máxima de 4 mil habitantes, que já é uma população grande para uma equipe né, muitas vezes o município não obedece isso e a equipe está tendo que atender mais do que essa proporção máxima que a gente recomenda. Isso dificulta muito o trabalho, porque o volume de trabalho fica muito maior” (Diamante).

Percebe-se aqui uma importante divergência entre os gestores municipal e federal da ESF quanto à organização do processo de trabalho das equipes. O primeiro refere que a lógica de ações programáticas estipulada pelo Ministério da

Saúde dificulta a realização de uma atenção integral pelas equipes da ESF, enquanto o segundo aponta que a priorização das ações de pronto atendimento pelas equipes é que dificulta a realização das ações programáticas, além da sobrecarga de trabalho devido à extensão da população adscrita feita irregularmente pelos municípios.

A representante da CGPAN reforça a necessidade de uma organização de serviço que permita incluir as ações promotoras de SAN na ESF:

“Eu penso que a gente talvez necessitasse de uma... como é que se diz assim, de uma organização de sistema, de uma organização do serviço mais clara para a promoção da alimentação saudável e consequentemente para promover a segurança alimentar. Eu acho que a dificuldade que a equipe tem hoje é uma dificuldade que não é só da... da dificuldade de motivação ou da falta de informação ou da falta de capacitação. É um modelo, é uma organização de serviço que muitas vezes é... não permite que... que essas ações sejam executadas, porque tem tantas outras ações, tantas outras demandas que estão sendo tocadas pela equipe, que essa ainda não está claramente organizada no sistema e não está responsabilizada, quem é da equipe que se responsabiliza por essa ação” (Esmeralda)

No Brasil, tem-se o intuito de estabelecer a AB, preferencialmente, como a porta de entrada do sistema, orientada pelos princípios do SUS, entre eles a integralidade, que consiste no direito que as pessoas têm de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e no dever que o Estado tem de oferecer serviços de saúde organizados para atender estas necessidades de forma integral. Assim, o SUS deve atender as necessidades oriundas de todos os níveis de atenção do sistema, por meio de ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à reabilitação (MATTOS, 2004). A integralidade também deve permitir a integração das ações programadas e as demandas espontâneas, assim como as ações de promoção, prevenção e recuperação, dentro dos serviços de AB.

Mattos (2001, 2007) nos faz pensar que organizar as práticas dentro de um serviço, exigiria uma certa “horizontalização” dos programas verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. A necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea aproveitaria as oportunidades geradas por esta para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade. Para este autor esse arranjo significa colocar o usuário no centro das discussões sobre quais seriam as melhores formas de disposição dos serviços, ou, que arranjos devem ser os melhores para os usuários.

Estando as equipes da ESF inseridas em um território delimitado e vinculadas a uma população adscrita, a organização do seu processo de trabalho, incluindo o equilíbrio entre a demanda espontânea e demanda programada, deveria ser pautada pelas necessidades da população que está sob sua responsabilidade. No entanto, os relatos dos atores participantes desta pesquisa sugerem que existe uma tensão no trabalho das equipes com relação a “dar conta” das ações preconizadas pelos programas do Ministério da Saúde, atender a demanda espontânea da população por ações assistenciais e desenvolver ações de promoção da saúde preconizadas pelo novo modelo de atenção proposto através da ESF.

A dificuldade de articulação entre os diferentes serviços de atenção à saúde também foi apresentada pelos representantes da CAB/INAD e alguns profissionais:

“[...] e além disso, essa questão do suporte da saúde mesmo que a [Jade] falou, é uma parte da segurança. Um suporte que a saúde dá para as questões dos indivíduos, das famílias, das necessidades de saúde. Enfim, como que a gente está né? Assistindo, mapeando essa... esses agravos em saúde, esses agravos nutricionais, e dando um retorno a isso. Entendeu? porque a gente sabe que, é lógico, existe a parte da segurança do alimento, mas existe o agravamento da situação de acordo com o estado da saúde das pessoas. Então, é... são vários aspectos né? Então eu acho que a saúde também tem que está dando esta retaguarda, tem que esta se organizando, pensando junto, essa coisa da referência e contra-referência é uma grande dificuldade, né? Pra determinadas situações” (Ágata)

“ [...] e aí contraponto disso é, a gente tem as dificuldades de quê? De também ter grandes sistemas de referência e contra-referência, mesmo na área da saúde, né? Quer dizer, se a gente identifica uma situação em que eles identificam, uma situação de muitas vezes de pessoas muito obesas, ou com problemas mais sérios de saúde, aonde eu posso referenciar? Não é uma questão dada. Essa articulação atenção básica com a média ou alta complexidade, quer dizer, isso ainda tem que ser... comentar, aprimorar e etc” (Jade)

“[...] Às vezes você fica cansado porque você fica dando jeitinho, jeitinho, jeitinho, jeitinho pra tudo. Sabe? Aquele jeitinho, é, pra você desenvolver o grupo, aquele jeitinho pra você conseguir uma consulta, é, especializada, aquele jeitinho pra encaminhamento pra um outro nível de atenção. Então assim, isso angustia muito o profissional, por que muitas vezes você está animado, está com aquele pique pra fazer e a comunidade está ali, está te cobrando [...]” (Alexandrita)

Experiências atuais apontam que se houve uma efetiva expansão da rede assistencial de AB, sobretudo a partir da ESF, a integração desta com os demais níveis de atenção permanece como um grande desafio. Embora a expansão da AB seja fundamental, assim como seu bom funcionamento para que consiga atender a maioria das necessidades de saúde da população, é preciso também garantir a oferta adequada de serviços nos outros níveis de atenção (ambulatorios

especializados, emergências, hospitais, entre outros) para responder as demandas que não podem ser resolvidas pela atenção básica e garantir a continuidade do cuidado. Faz-se necessário também reorganizar a gestão do cuidado através de uma melhor divisão e definição dos papéis de gestores municipais, estaduais e federais na provisão dos serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde, inclusive seu financiamento. Campos (2006) identifica esta dificuldade com um dos paradoxos da descentralização do SUS, onde a tendência é que a responsabilidade pela atenção integral às necessidades de saúde dos usuários caiba exclusivamente ao município.

Outra dificuldade apontada diz respeito à forma de contratação e a remuneração dos Agentes Comunitários de Saúde, citadas como fatores que geram falta de comprometimento dos profissionais com o serviço e com a população.

“A maioria dos Agentes não quer, não quer fazer nada [...] Não tem um bom salário, é de ONG, não é da prefeitura. Os Agentes não fazem o trabalho que é dos Agentes e isso prejudica a população [...] Então, sem incentivo das pessoas de dentro da equipe pra fazer esse trabalho não dá, não sai nada. E a comunidade, o que é que acontece com a comunidade? Sofre. É isso que acontece no Complexo do Alemão, a maioria não quer nada [...] E não tem caráter para sair, para deixar alguém que queira trabalhar entrar. Prefere ficar assim, ganhando migalhinha todo mês, mas não sai. As pessoas ficam ali estudando, usando como trampolim [...]. Então, como fazer essa promoção alimentar na comunidade? Você acha que tem condições?” (Citrino)

Uma das representantes da CAB/INAD em sua fala amplia este problema para os profissionais médicos. Ressalta que a não fixação dos profissionais nos serviços de saúde não é um problema só do município do Rio de Janeiro, mas nacional.

“[...] A outra questão que é o não fixar médicos, mesmo numa grande cidade que hoje a estratégia da saúde da família vive, essa dificuldade. Eu acho que não é só a saúde da família, eu acho que é também nas unidades tradicionais. A gente... Há uma evasão do médico, talvez pela própria formação médica, mas também pela remuneração médica, pela valorização do médico. Não vínculo, quer dizer, esta é uma questão, eu acho que quanto equipe de saúde é necessário também ter médicos né? Quer dizer, a assistência de saúde passa pela interdisciplina, mas passa pelo profissional médico. Eu acho que a gente tem uma questão nacional, mas também tem uma questão carioca, né? (Jade)

Castro e colaboradores (2006, p.2 e 4) explicam que o estabelecimento desse novo modelo de organização do trabalho, “baseado na flexibilidade das relações e na sua progressiva desregulamentação nas esferas privada e pública” tem acompanhado as transformações socioeconômicas em curso no Brasil nas últimas

décadas e trazido no seu bojo a crescente precarização do trabalho. O trabalho precarizado é um produto do funcionamento do atual sistema econômico, desta forma, assim como *são incertas e oscilantes as flutuações na esfera econômica, também inseguros e vulneráveis são os vínculos de trabalho, mesmo que formais.*

Segundo estas autoras (2006, p.3), podemos entender por trabalho precarizado:

[...] genericamente, a condição ocupacional exercida sem o devido amparo das normas legais e que não garante estabilidade, benefícios e segurança ao trabalhador. Mas o tema requer atenção, pois nem todo vínculo formal, regido pelas leis do trabalho, está isento da precarização – o trabalho precário não é sinônimo de trabalho informal. [...] A precarização pode ser observada sob diversas formas [...] seja nos vínculos temporários, nas contratações terceirizadas, no trabalho não assalariado, nas contratações de trabalho informais, na subcontratação, nos trabalhos em tempo parcial, nos contratos que prevêm pagamento por produção, seja nos vínculos gerados através de cooperativas, entre muitos outros, quase sempre desprovidos dos direitos trabalhistas previstos por lei, que incluem férias anuais remuneradas, décimo terceiro salário, aposentadoria, licenças remuneradas e outros.

Dentro da reforma do Estado promovida pelo governo de Fernando Henrique Cardoso a criação da Lei de Responsabilidade Fiscal<sup>12</sup>, particularmente quando estabelece um teto máximo no orçamento dos municípios para o gasto com recursos humanos, trouxe como conseqüência a realização freqüente de convênios com organizações privadas, entidades filantrópicas, cooperativas e mais recentemente com Organizações Sociais (OS), para prover a contratação e gestão de pessoal para atuar em diversas áreas do serviço público. Isto porque têm sido delegadas aos municípios muitas responsabilidades nos campos da saúde, educação e assistencial social, por exemplo, então logo atingem o limite estabelecido pela lei.

Campos (2006, p.431) ressalta que este *“teto foi estimado segundo a lógica contábil e, não, segundo uma estimativa de gastos do município com programas sociais básicos”*. Assim, mesmo que seja necessário, os gestores municipais não podem expandir sua folha de pessoal, pois implicaria em penalidades graves. Segundo Castro e colaboradores (2006, p.5) no setor saúde *“chega a cerca de 40% da força de trabalho o número de pessoas em condições de precarização”*.

---

<sup>12</sup> A Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, intitulada Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF, foi criada para estabelecer normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, constituindo o principal instrumento regulador das contas públicas do país, destacando-se o planejamento, o controle, a transparência e a responsabilização como premissas básicas (BRASIL, 2000).

Neste contexto, a contratação de profissionais para expansão da cobertura da ESF em muitos municípios tem sido terceirizada e problemas como os citados por Citrino e Jade fazem parte do cotidiano. Uma das premissas da ESF diz respeito ao vínculo entre profissionais e usuários, criado a partir da adscrição da clientela e trabalho em território delimitado. A flexibilização e precarização do trabalho geram uma rotatividade de profissionais nos territórios e até a ausência de membros da equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, em especial o profissional médico, prejudicando a criação desse vínculo, a realização de ações planejadas e a continuidade do cuidado a saúde dos usuários. A instabilidade e a baixa remuneração levam a insatisfação dos profissionais que pode interferir no desempenho de suas funções, comprometendo a qualidade da ESF, e impulsiona-los a buscar outras oportunidades de trabalho.

Campos (2006, p.439) sinaliza que uma possível saída para esta situação seria

“pensar modificações na legislação que permitissem a co-responsabilidade da União, Estados e dos municípios pela contratação de pessoal, criando-se uma carreira do SUS, de caráter nacional, mas gerenciada pelo poder local, com a previdência e os encargos trabalhistas decorrentes assumidos pelas três esferas de governo, e que permitisse uma mobilidade de pessoal entre os diferentes sistemas locais, com realização de concursos e sistema de promoções de abrangência regional ou estadual. Para isso seria importante pensar o SUS como uma autarquia especial, vinculada às três esferas de governo”

Outras dificuldades que estão além das responsabilidades do setor saúde, a produção e o acesso aos alimentos, são também descritas pelos profissionais da ESF e representantes da CAB/INAD:

“Uma grande preocupação que eu tenho é essa questão do acesso [...] A gente fala para nossa população que é importante comer frutas e tal, mas muitas das vezes quando a gente vai numa residência, o que é que a gente percebe? [...] a gente sabe que tem muitas famílias que não tem o poder aquisitivo para ter acesso a essa alimentação. Uma coisa que me preocupa é isso, saber como essas pessoas tem acesso a esse tipo de alimentação” (Citrino)

“Eu acho que tem uma questão, que eu acho que o Rio de Janeiro não oferece. Né? Que seria essa questão da produção, né? De secretarias envolvidas. Nessa questão mais da produção de alimentos, que pudesse está... que a gente pudesse ter uma articulação maior, para poder viabilizar não só projetos, mas questões mais em relação a segurança. Eu acho que o Rio de Janeiro tem uma característica de município né? Que é uma característica um pouquinho diferente de outros municípios mais rurais, ou assim né, que tenha produção mais de alimentos. Então a gente tem essas dificuldades. Isso eu acho que é uma questão que a gente discutiu isso até no nosso seminário de políticas de alimentação e nutrição, e na hora da gente chamar parceiros pra debater, era exatamente essa área né, que a gente não tem” (Safira)

“E que o que está faltando realmente que eu acho que seria uma dificuldade, que até a [Safira] falou anteriormente, que é essa questão do investimento na questão da produção, do abastecimento da cidade” (Ametista)

Ao mesmo tempo apontam as articulações intersetoriais como possíveis soluções para estas dificuldades:

“Eu acho que a gente tem que tentar com parcerias. Por que realmente a saúde sozinha (faz expressão negativa) Entendeu? Às vezes a gente peca muito porque só a gente tem a oportunidade, tem a ferramenta. A habitação, a secretaria de habitação, que faz? [...] Mas [...] eu acho muito... O trabalho deles assim... não vejo um grande alcance” (Turquesa)

“Agora, eu acho que pra essas fases a gente precisa ajudar a construção de projetos. Aí eu acho que entra um pouco o que [Ametista] falou, de projetos intersetoriais, de geração de renda, de geração de cultura, de potencializar, aquilo que eu falei, dos Raps da cultura, etc, e porque não de cinema né?” (Jade)

“[...] E paralelo a isso, esse... essas articulações aí com outras pessoas pra investir no acesso. Né? De uma alimentação mais qualificada né? Para essas pessoas... e do trabalho né? Acesso ao alimento e acesso ao trabalho” (Ágata)

“Eu acho que essa articulação entre setores, do próprio território. Essa é uma coisa que a gente ainda precisa fazer... porque às vezes você tem recursos ali né? Que se você fizesse aquela parceria, fizesse aquele trabalho, você poderia promover muito melhor né? Essa alimentação, não só o acesso, mas como utilizar. Então eu acho que é um processo assim, que eu pelo menos vejo assim, um desafio que tem muita coisa para a gente fazer mas que seria muito importante para a gente está vendo” (Hematita)

A violência também foi citada como um entrave para realização de ações promotoras de SAN por profissionais participantes do segundo grupo focal e no relato de uma das representantes da CAB/INAD sobre uma Agente Comunitária de Saúde:

“Eu enfrentei assim, também outra dificuldade, lembrei aqui agora também. Não só né, para essa parte também, mas também que seria quando a gente fala da violência. Né? Eu acho que é uma outra dificuldade, até para você... qualquer tipo de ação que você possa está promovendo também, né? Eu acho que a violência também é uma grande dificuldade” (Hematita)

“Em Nova Brasília onde eu estou, assim, a violência interfere, mas tem momentos assim. Igual tem épocas que está super tranquilo, que dá pra você desenvolver as atividades em escolas, em creches, na micro área, na casa dos moradores... tem época que não, tem época que você consegue fazer dentro da unidade, e as pessoas por tanta vontade, elas pegam e falam assim: ‘Não, a gente vai’. Então você realiza atividades dentro do módulo. Então... mas existe o fator que a violência, ela modifica um pouco sim, da nossa rotina, do nosso planejamento, das nossas ações” (Alexandrita)

“E uma das questões que ela [uma Agente Comunitária de Saúde] trazia era o que fazer com os adolescentes nas comunidades carentes? Não tinha acesso ao lazer, a cultura... equipamentos de cultura e ficavam a mercê da situação marginal, que seria, da questão do tráfico, né? [...]” (Safira)

As equipes da ESF no município do Rio de Janeiro localizam-se em áreas periféricas da cidade de grande desigualdade social. Segundo Paim, Costa e Vilasbôas (2009, p.485), diferentes pesquisas tem apontado as desigualdades sociais como um dos determinantes da magnitude e gravidade das violências, mas ressaltam que dada a complexidade do fenômeno da violência, questionam a existência de relações de determinação *“unívocas e lineares”*. Os autores afirmam ainda que *“a violência apresenta-se de forma mais dramática nas áreas metropolitanas, atingindo especialmente as populações com piores condições de vida e jovens das periferias urbanas”*.

Muitas vezes identificada apenas como uma questão de segurança pública, por ser imediatamente associada a assaltos, roubos e conflitos armados, a violência nem sempre é facilmente reconhecida como também uma questão de saúde. O número de vítimas que procuram os serviços de saúde diariamente por questões relativas à violência (inclusive violência doméstica), o número de óbitos, de internações e de tratamentos conseqüentes aos diversos tipos de violência chamou atenção para a relação entre essa questão e a saúde (TORRES, 2010). Este cenário remete a necessidade de profissionais e serviços preparados para o reconhecimento dos casos, notificação e organização do cuidado necessário às vítimas.

A intervenção da violência na rotina de vida dos moradores de muitas comunidades também interfere no cotidiano dos serviços de saúde. É freqüente a veiculação na mídia de notícias que relatam o fechamento de serviços públicos e do comércio local em virtude de conflitos entre bandidos e policiais, bem como por ordem de chefes do tráfico de drogas e milícias, em diversas regiões do município do Rio de Janeiro. A própria circulação de moradores e profissionais pela comunidade é determinada por essa questão, conforme relata Alexandrita em sua fala.

A violência está relacionada a múltiplos fatores, devendo seu enfrentamento partir de ações intersetoriais. As ações de combate ao crime devem estar associadas a ações de garantia de direitos, com o provimento de serviços públicos de educação, saúde, assistência social, lazer, cultura, entre outros.

A escassez de recursos materiais e financeiros e a dificuldade para consegui-los foram muito destacadas pelos profissionais:



“Mas acho que a parte financeira, tem muita coisa que seria o recurso de forma geral. Eu acho que é uma grande dificuldade pra você ta levando né? Quando você até solicita a CAP ou o que for. Tem muito esse embate né? Da dificuldade pra você ta fazendo. Eu acho que a boa vontade e a vontade mesmo do profissional, muita coisa sai. Mas eu acho que essa é uma dificuldade” (Hematita)

“Não tem uma coisa institucionalizada, assim, no PSF vai ter garantido sei lá, uma verba de cem reais para as equipes desenvolverem os grupos de promoção da saúde. Pronto. Aí como eu vou realizar isso em cada unidade? Institui, faz o seu projeto. Não sei, presta conta no final do mês. Eu acho que assim, essa questão de possibilitar e de facilitar a questão de organização estrutural mesmo para as equipes poderem estar desenvolvendo [...]” (Alexandrita)

Alguns profissionais referem que as “ações de promoção”, ações que sejam diferentes das ações assistenciais cotidianas dos serviços, requerem estratégias diferenciadas que necessitam de recursos também diferenciados, dando destaque às necessidades para promoção da alimentação saudável por meio de práticas culinárias.

“Eu acho que recurso é fundamental. Que assim, quando não tem da onde vir, como trabalhar? Até porque, eu acho que em comunidade, tem que trabalhar muito com a prática, assim, de colocar a mão na massa. Igual tiveram umas oficinas no INAD, que eu achei muito legal, porque eram prática, entendeu? E acho que na comunidade tem que ter muito disso entendeu? Só no papelzinho, num sei o que. Eu acho que não... a pessoa não lê entendeu? E aí, como conseguir assim? Que tem que ter um fogão, tem que ter os alimentos, entendeu? E de onde tirar isso tudo? Isso que também é umas das questões. Realmente recurso é importantíssimo” (Gipsita)

“É por que eu vejo assim, para fazer essa promoção de saúde não adianta só falar, falar, que a pessoa entra num ouvido e sai no outro. Então para essa promoção surtir um efeito precisa ter atividade. As pessoas precisam experimentar, precisam manusear, precisam fazer. Então, o que eu vejo na unidade que eu estou lá, a dificuldade é esses materiais, quer dizer, não há uma cozinha. Outra coisa é para conseguir os alimentos, muitas vezes a pessoa tem que comprar do próprio bolso, aí o que acontece? O Agente não quer comprar porque ele acha que ele ganha pouco, a enfermeira também não quer comprar porque vai sair do bolso dela, você entendeu? Quer dizer, então, não há investimento pra poder essas ações serem feitas” (Citrino)

“Eu concordo com você, porque pra mim conseguir montar essa cozinha eu fiz uma big de uma alimentação que não era nada saudável, vendi por um certo preço pra poder eu conseguir arrecadar um fundo pra comprar os utensílios da cozinha. Passei lista, fiz tudo. Para montar os grupos, quando a gente não tira do nosso bolso, a gente pede nos sacolões. Aí o que falta a gente complementa do nosso bolso ou faz aquela famosa listinha com os colegas de trabalho” (Jaspe)

O Coordenador municipal da ESF também aponta a dificuldade de alocação de recursos, referindo-se a características de organização do município do Rio de Janeiro:

“Olha, as dificuldades às vezes são mobilização de recursos né? Por ser um município grande né? Você tem muitas instâncias de controle desses recursos. Isso é uma coisa” (Quartzo)

De acordo com SORANZ (2010), o município do Rio de Janeiro nos anos de 2006 e 2007 teve a menor participação nas despesas com ações e serviços públicos de Saúde dentre todas as capitais do país. Aponta ainda que historicamente o município tem priorizado o gasto com atenção hospitalar, chegando a alocar 82,1% dos recursos do setor neste nível de atenção à saúde no ano de 2008.

Os recursos públicos destinados ao setor saúde ainda se apresentam insuficientes para estabilizar o SUS. O sistema, que pretende ser universal, tem sido afetado pelo regime econômico que restringe os gastos sociais. Além de conseguir a ampliação do gasto público com o SUS, Campos (2006, p.438) identifica que *“como há indefinição nas responsabilidades de cada ente federado, seria importante a realização de um novo pacto de gestão em que fosse estabelecida com maior precisão a participação da União e dos Estados no financiamento e na gestão do sistema”*.

Com relação a ESF, hoje o Ministério da Saúde, além do PAB fixo contribui em parte com o custeio das equipes nos municípios que implantaram a estratégia através de um incentivo vinculado ao PAB variável. Os Estados tem autonomia para contribuir ou não com os sistemas locais (CAMPOS, 2006). Esta questão constitui um grande problema para expansão da ESF em grandes cidades, conforme explicam Caetano e Dain (2002, p.18):

Nas grandes concentrações urbanas, onde se faz necessário implantar maior número de equipes do PSF, os incentivos financeiros do SUS são insuficientes para contornar as deseconomias de escala e financiar a demanda secundária de serviços de saúde de média e alta complexidades, derivados da canalização da demanda propiciada pelo PSF, e também dos requisitos de investimento associado à capacitação e gestão de sistemas mais complexos. Os gestores municipais alegam ser impossível gerar o volume de recursos próprios necessário ao cumprimento das metas indicadas para o programa.

A adesão da comunidade às ações voltadas à promoção da saúde também é colocada pelos profissionais como entrave para realização de ações promotoras de SAN:

“Porque a dificuldade maior, assim, pelo menos ao meu ver, é de como assim, chegar à população, e de uma forma que eles entendam o que está sendo trabalhado, o que está sendo dito, o que está sendo revisto [...] Uma coisa assim, que lá em Canoas a gente tem dificuldades, às vezes é pra captar as pessoas, chamar as pessoas, ou convencer, ou seduzir né? As pessoas a participarem dos grupos. Essa é uma dificuldade, assim. Então quando oferece lanche, tem que ter algum em troca. Ou é um lanche, ou é um.. tem que ter um brinde, alguma coisa. Se não eles não participam. Fica difícil. Vocês também tem essas dificuldades?” (Gipsita)

“Eu tenho. Mas isso eu acho que é em toda unidade, assim sabe? Então assim, a gente discute isso muito na nossa equipe. Porque assim, eu não concordo com essa estratégia entendeu? Mas assim, a única estratégia que até hoje, nesses três anos que eu to lá, que eu vi que dá certo, é isso [...] Então assim, são coisas mínimas entendeu, mas que atraem. Um bolo de cenoura e espinafre atraiu as pessoas pra um grupo, entendeu? [...] Pra mim, o interesse seria o interesse de vim participar, em querer discutir coisas novas, em querer aprender, em querer a trocar as experiências pra gente construir algo novo [...] Eu fico com isso na minha cabeça, entendeu? Será que... a pessoa veio por causa dessa troca, por causa do que a gente construiu junto ou será que ela veio porque foi aquele incentivo do lanchinho, ou do brinde, ou do que?” (Alexandrita)

A superação do modelo hegemônico centrado em ações curativas não é luta interna dos profissionais e serviços de saúde. Trata-se de uma transformação que envolve a cultura da sociedade em relação à saúde. É necessário que os usuários do SUS superem a visão da saúde enquanto ausência de doença e passem a entendê-la como um componente crucial da qualidade de vida para que compreendam e participem das novas abordagens de atenção à saúde que estão sendo propostas atualmente. Este movimento de superação ocorrerá gradualmente na medida em que ocorra a transformação da organização dos serviços e das práticas profissionais.

A ausência da temática Segurança Alimentar e Nutricional na formação dos profissionais de saúde é citada por representantes da CAB/INAD e CGPAN como uma das dificuldades para incorporação da agenda de SAN na ESF:

“[...] E uma outra linha que poderia estar se investindo, é na formação. Né? Mas aí é um âmbito que não cabe apenas a nós né? Órgão municipal. A gente pode estar na educação permanente né? Dos profissionais, dos nutricionistas, das equipes, em diversos níveis, mas também assim, os órgãos de formação, né? Em fim, que lidem com formação né, para estratégia saúde da família, seja com os agentes comunitários, ou com os profissionais da saúde né? Possam está inserindo esse sistema também né? De segurança alimentar, de alimentação e nutrição nos diferentes níveis da vida” (Ágata)

“[...] a própria formação da equipe de saúde da família com esse olhar. Por que eu acho que há um vazio na formação dos profissionais, em geral, dos profissionais de saúde com relação ao olhar para a nutrição, ao olhar para a segurança alimentar. Penso que essa é, esse é um caminho certo pra que essas ações se implementem (Esmeralda)

A representante do CONSEA vai mais além ao referir-se a esta dificuldade, referindo que a formação dos profissionais ainda é restrita, não voltada para a saúde coletiva, para o enfoque da promoção da saúde e, portanto, para a SAN:

“De um lado a falta de retaguarda institucional e por outro lado também, ainda, a formação dos nossos profissionais, que conforme eu te falei, ainda em muitas situações não é uma formação na área da saúde coletiva. Os próprios nutricionistas, ainda não é uma formação na área da nutrição em saúde pública. E aí faz com que as pessoas ainda, os profissionais ainda enxerguem os processos de uma maneira mais restrita e... É um pouco aquela crítica que existe ao próprio enfoque da promoção da saúde quando ele se restringe as mudanças de comportamentos ou simplesmente ao repasse de informações para as pessoas. Infelizmente a gente ainda tem, na formação mesmo, perfis de profissionais que trabalham com essa visão. Então, mesmo que o município, digamos, tenha essa retaguarda institucional, mas se não houver por parte da equipe um entendimento mais amplo do processo isso também não se consolida. Então de novo é uma via de dupla mão que precisa assim existir” (Rubi)

As conseqüências desta formação podem ser observadas nas práticas dos profissionais quando estes não conseguem olhar de forma integral sobre a população e o território onde atuam, conforme identificam as representantes da CAB/INAD e do FBSAN como mais uma das dificuldades para promoção de SAN na ESF:

“[...] a população, é, numa situação, de mais difícil acesso a alimento, ela também vive difícil acesso de escola, como a gente falou naquela situação emblemática. Ela vive dificuldade de acesso a emprego formal, a lazer, a segurança, outras questões que perpassam a nossa cidade. A equipe precisa ter um olhar mais integral, mais interdisciplinar, de políticas públicas e etc” (Jade)

“Olha, eu acho que a primeira grande dificuldade, é que eu acho que o pessoal da saúde, o pessoal da Estratégia Saúde da Família, muitas vezes tende a olhar para seus territórios de uma maneira muito setorial, muito a visão da saúde, da agenda da saúde, da questão do direito sanitário, das ações sanitárias e atenção básica propriamente. Então, eu acho que uma das questões que tinha que ter um olhar mais amplo, é tentar desenvolver nos territórios de abrangência das equipes a visão intersetorial [...] Então, acho que esse olhar intersetorial acho que falta muito na Estratégia Saúde da Família e isso era preciso colocar em prática. Não é fácil, os setores competem entre si, competem verbas, competem agendas, competem visibilidade no município, mas eu acho que é importante avançar nesse sentido” (Topázio)

Se compete ao SUS coordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, esta formação deveria condizer com as diretrizes e princípios que regem o sistema, entre eles a integralidade. No entanto, conforme apontam Ceccim & Feuerwerker (2004, p.1402) *“podemos dizer que há consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada”*.

Esforços vêm sendo organizados no intuito de transformar a formação dos profissionais de saúde para que esta atenda as necessidades do sistema de saúde vigente no país e seja coerente com o novo modo de produzir saúde que está sendo construído. Exemplo disso foi a mobilização em torno da aprovação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais, onde várias profissões de saúde (biomédicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, odontólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas) afirmaram que a formação dos profissionais deve contemplar o SUS (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

As Diretrizes consistem apenas em uma recomendação, pois no Brasil as Universidades possuem autonomia. Desta forma, a articulação entre ensino superior e o sistema de saúde é imprescindível para que as mudanças nas graduações em saúde ocorram amplamente. Para tanto, os Ministérios da Saúde e Educação precisam se aproximar mais e criar espaços de diálogo que incluam as Universidades e os gestores do SUS.

Um avanço significativo nesse propósito foi a criação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). Inspirado no Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED), criado em 2002 para reorientar a formação médica, o PRÓ-SAÚDE foi criado em 2005 abrangendo também as escolas de enfermagem e odontologia e em 2007 foi aprovada sua expansão para todas as profissões de saúde, visando a reorientação da formação destes profissionais e reforçando a integração ensino-serviço (SILVA et al, 2008). Vale ressaltar também as iniciativas para formação permanente dos profissionais já graduados e atuantes nos serviços de saúde através de cursos de pós-graduação, com destaque para as Residências Multiprofissionais em Saúde, cursos de especialização e aperfeiçoamento através da educação à distância e mestrados profissionais.

Além da formação dos profissionais de saúde de nível superior, é latente também a necessidade de organização do processo formativo dos Agentes Comunitários de Saúde. Com a regulamentação da profissão em 2002 a formação exigida para o ACS é o nível técnico, que exige um curso de no mínimo 1.200 horas. Segundo seu referencial curricular (BRASIL, 2004e, p.17) o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde tem como objetivo

preparar profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades. Este profissional atua no Sistema Único de Saúde, no campo de interface intersetorial da assistência social, educação e meio ambiente, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de processos educativos em saúde, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde.

No entanto, até o momento apenas alguns Estados realizaram a primeira etapa do curso de formação que consistiu em 400h. Ou seja, ainda não existe no país nenhum ACS com a formação técnica exigida para exercício da profissão.

Outra grande dificuldade apontada pelos atores é a própria Inserção do tema da Segurança Alimentar e Nutricional dentro da ESF. A representante do FBSAN ressalta esta dificuldade no nível federal de gestão relacionando-a ao fraco poder político-institucional da CGPAN dentro do Ministério da Saúde.

“Os formuladores da política de atenção básica, formuladores da Estratégia Saúde da Família, precisariam incorporar essa agenda da SAN, essa agenda da nutrição, de uma maneira mais explícita. Eu acho que a gente quando vê os formuladores no nível federal, eu acho que eles não incorporam isso. Essa área que dentro do ministério é entendida como área de nutrição é... e também área de SAN, não é incorporada politicamente, isso é como se fosse uma área de outro setor, de um outro ministério, de uma outra área de governo. Então, primeira coisa eu acho que esses formuladores precisavam incorporar. Incorporar e fazer com que isso se reverberasse ou chegasse na ponta de uma maneira integrada as demais ações” (Topázio).

Conforme mencionado no contexto deste estudo, a precarização da CGPAN dentro do Ministério da Saúde é um dos desafios a ser superado para a consolidação das ações de alimentação e nutrição e promotoras de SAN no âmbito do setor saúde, em especial a atenção básica (BRASIL, 2009d).

Os gestores municipais ressaltam seu papel na inserção do tema da SAN na agenda da ESF e mencionam esforços para isso:

“Eu acho que, assim, em primeiro lugar eu acho que falta assim, uma amplitude maior de debate né? Sobre essas questões é com... com as equipes assim, no sentido de dar mais assim... instrumental talvez. Não sei se eu estou me colocando bem, mas assim... a gente mesmo aqui teve debate interno e cada um achava uma coisa de segurança alimentar e nutricional. Entendeu? De um entendimento melhor do que se trata isso, segurança alimentar e nutricional” (Ágata)

“Eu acho que a integração é necessária, um diálogo muito intenso com a ponta é importante, que seja fora os locais de discussão desse tema, enfim, é descentralizar [...] Apesar de quê, o pessoal do INAD, que é o Instituto Anes Dias, tem discurso de ponta nesse sentido. Mas o que eu falo é que às vezes a gente conseguir trazer os outros programas para discussão é que é a dificuldade” (Quartzo)

“Então, a gente tem que botar na agenda o tema da segurança alimentar, toda essa dimensão que a gente falou. Tanto para os nutricionistas quanto para os demais profissionais de saúde. E não é outro que vai botar isso na agenda, porque se até para a gente não é tão claro, é óbvio que é a gente que tem que botar na agenda, a gente ou o CONSEA ou quem está militando com essa bandeira. O terreno aí está dado. E eu acho que a gente tem investido nisso. O INAD está investindo na sua formação interna, a gente está investindo na ponta. Nos temas que a gente vai trabalhar na educação permanente a gente vai lincar com isso, quer dizer, sempre lincar. Sempre que a gente fala da oficina culinária, a gente linca na segurança alimentar e nutricional. Talvez [...] essa é uma outra questão que a gente viu que é o nosso desafio que a gente possa plantar sementes nela, a gente já vem lançando, mas podemos lançar mais” (Jade)

A institucionalidade do INAD na Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) pode ser promotora de sua articulação junto a gestão municipal da ESF bem como da sua inserção direta junto às equipes da ESF do município do Rio, colocando o tema da SAN junto a estes outros atores sociais.

Ainda com relação a inserção do tema da SAN na ESF, a representante da CGPAN e uma das representantes da CAB/INAD refere a necessidade de um “mobilizador” dentro da equipe:

“Então eu penso que um aspecto importante dessa... desse componente da promoção é você ter realmente o profissional responsável por essa ação e a organização dessa ação no serviço. Mesmo que seja sempre de forma interdisciplinar e enfim, é da equipe, ela é, vamos dizer assim, transversal a equipe de saúde da família, mas ela é como se precisasse de um mobilizador da equipe, permanente, precisa sempre ter. Ou pelo menos uma mobilização inicial, uma organização inicial pra que equipe empreenda essas ações” (Esmeralda)

“[...] Ter um profissional específico, que possa estar trazendo esse olhar, essa abordagem própria da segurança alimentar e nutricional numa perspectiva mais ampla, não digo que seja só o nutricionista este profissional, mas é um profissional gabaritado pra isso. Mas pode ser um médico, enfermeiro também, mas isso ajuda a trazer um enfoque maior de todas estas questões que a gente está colocando aqui” (Ágata)

As representantes da CAB/INAD ressaltam que a participação do nutricionista na ESF contribui para colocar na agenda as questões de alimentação e nutrição:

“[...] pensar em relação às questões de nutrição, em alimentação e nutrição, pra profissionais que não são da área, é um exercício e tanto. Eles têm que fazer um exercício enorme pra trazer essa discussão. É diferente. Quando a gente tem um nutricionista, ele estimula que esse exercício seja feito. No cotidiano, acabam colocando questões para os profissionais pensarem [...] Parece que é simples, é simples para a gente, mas não é simples para quem não está envolvido com a questão, entendeu? Então... só para trazer que não é uma questão mesmo de... de trazer a questão da nutrição, da nutricionista, da importância da nutricionista, mas faz uma diferença. Faz, com certeza entendeu? E o nutricionista na equipe de saúde da família né, não na equipe, mas nesse trabalho junto numa estrutura maior, de apoio, é fundamental. Porque ele vai para as equipes ficarem atentas” (Safira)

Um dos profissionais também sugere que a presença do nutricionista poderia contribuir nesta questão:

“E quando tem profissional, assim, tipo uma nutricionista, eu acho que ajuda muito. Porque ela vai está sempre ali já... no nosso caso, nós não temos [...]” (Gipsita)

A proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) aparece nas falas dos gestores federais com um potencial indutor da inclusão da temática da alimentação e nutrição e da SAN na Estratégia Saúde da Família:

“Acho que os Núcleos precisam ser... Eu acredito que obrigatoriamente todos os Núcleos deveriam ter ações de Nutrição, para que favoreça as ações de promoção da alimentação saudável e de segurança alimentar. Isso por quê? Isso por que eu acho que alicerçado nesse perfil epidemiológico que agente tem no país, nutricional, dos distúrbios nutricionais, ainda de áreas com desnutrição, com populações vulneráveis e com uma grande carga de obesidade, diabetes, hipertensão, doenças todas que são vinculadas a alimentação e deficiências nutricionais, é... Eu penso que os Núcleos deveriam ter um componente obrigatório que fosse tratar desse tema, porque esse tema está em todo lugar. Então, ele não é só de acordo com o perfil epidemiológico da região, mas ele tem um peso importante na carga de doenças no Brasil inteiro” (Esmeralda)

“Isso agente tem estimulado muito através da criação dos núcleos de apoio a saúde da família, onde o nutricionista vai ter uma atuação muito próxima das equipes de saúde da família orientando as ações pra segurança alimentar e também pra qualidade da alimentação” (Diamante)

A inclusão de ações na área de alimentação e nutrição está prevista na portaria que cria os NASF, integrando o compromisso do setor saúde com relação aos componentes do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2008e). Mas, a composição das equipes é definida pelos gestores municipais mediante análise das necessidades de saúde do território de atuação do NASF, não sendo a inclusão do profissional nutricionista obrigatória.

Este quadro de dificuldades apresentado pelos diferentes atores sociais participantes deste estudo parece justificar o elenco limitado de ações promotoras de SAN na ESF identificadas por eles anteriormente. Trata-se de um conjunto de problemas estruturais que desencadeiam dificuldades no cotidiano da organização dos serviços e das práticas dos profissionais da ESF.

Os atores no nível municipal, gestores e profissionais, vivenciam os problemas em seu cotidiano e por isso os colocam de forma mais clara e detalhada, e até apontam problemas não enxergados pelos demais atores. E estes se referem



aos problemas de forma generalizada, sendo que os representantes da CGPAN, FBSAN e CONSEA demonstram maior conhecimento sobre as dificuldades citadas do que o gestor federal da ESF.

Uma das falas da representante do CONSEA sintetiza com clareza os problemas a serem enfrentados para que as equipes da ESF desenvolvam ações promotoras de SAN: comprometimento da gestão municipal, em todos os seus setores, com a agenda da SAN,

“[...] Eu não vejo assim como as equipes poderiam avançar se não há no município uma visão e uma decisão política em relação a implementação de uma política municipal de Segurança Alimentar. Eu acho que para que as equipes possam ter uma ação muito mais contundente, muito mais transformadora, muito mais, ela tem que ter uma retaguarda institucional, elas precisam ter. O município precisa realmente querer que a Segurança Alimentar se consolide. [...] se não houver essa retaguarda institucional em termos das políticas de Segurança Alimentar, trabalhando a questão de renda, a questão de emprego, a questão da própria produção agrícola, a questão do abastecimento, a questão da educação mesmo, indo para o campo da alimentação escolar. Quer dizer, eu estou bem convencida que essa é, é o que pode ter maior impacto [...] (Rubi)

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurei neste estudo conhecer a abordagem do tema, promoção de Segurança Alimentar e Nutricional na Estratégia Saúde da Família, em função do lugar de diferentes atores sociais – gestores, profissionais e representantes da sociedade civil organizada.

Foi possível perceber a partir da análise das informações construídas junto aos atores participantes da pesquisa que existem significativas diferenças em suas compreensões sobre o tema e na maneira como lidam com ele nos contextos em que atuam. Mas, também apresentam similaridades em vários aspectos abordados.

Com relação ao que expressaram entender sobre SAN, todos os atores a associaram a garantia de uma alimentação de qualidade. No entanto, entre os profissionais e o representante da CGAB predominou a compreensão de que esta alimentação de qualidade é uma alimentação saudável que atenda as necessidades nutricionais e que seja segura para o consumo. Enquanto que para os representantes do CONSEA, FBSAN, CGPAN e CAB/INAD esta seria uma alimentação saudável, segura, que respeite a diversidade cultural, não comprometa o acesso a outras necessidades básicas e que seja baseada em práticas sustentáveis. Estes atores destacaram a questão contemporânea da sustentabilidade ao abordarem o que entendem por SAN.

A relação intrínseca entre saúde e SAN também foi colocada pelos atores. O representante da CMESF e os profissionais referiram ser preciso ter uma alimentação de qualidade, segura e saudável para se ter saúde. Já os representantes do CONSEA, FBSAN, CGPAN e CAB/INAD referiram-se a necessidade de ter saúde para se ter SAN.

No tocante à perspectiva do Direito Humano à Alimentação Adequada os gestores municipais (CMESF e CAB/INAD), representantes do CONSEA e FBSAN o abordaram como um direito fundamental, universal, indivisível dos demais direitos. Os profissionais da ESF o relacionaram ao direito a uma alimentação de qualidade e segura e do acesso à informação.

Ainda com relação ao que expressaram entender sobre SAN o representante da CMESF destacou a importância da mobilização e participação popular para garantia da SAN.

Em geral foi possível perceber melhor apoderamento sobre o complexo significado da SAN pelos representantes da sociedade civil organizada, CONSEA e FBSAN, e gestores municipais, CAB/INAD e CMESF. No âmbito federal de gestão uma compreensão mais ampla da SAN foi percebida apenas nas colocações da CGPAN. Contudo, parece que os profissionais e o gestor federal da ESF (CGAB) precisam ser mais inseridos na discussão sobre SAN para que possam apreender sua complexidade.

As ações promotoras de SAN na ESF identificadas pelos atores encontram-se majoritariamente ligadas à dimensão nutricional da SAN. A promoção da alimentação saudável foi citada por todos os atores com variações no modo de fazer, de entender alimentação saudável e dos grupos priorizados para essas ações. Os profissionais e gestores municipais destacam as iniciativas de plantio de hortas e oficinas culinárias. Mas, a ausência na fala dos profissionais da promoção do aleitamento materno como prática promotora da alimentação saudável sugere que novos e/ou melhores esforços para compreensão desta temática por esses atores precisam ser realizados.

A Vigilância Nutricional foi apontada pelos gestores da CGPAN e CAB-INAD e pelos representantes do CONSEA e FBSAN. Alguns atores (CMESF, CAB/INAD, CONSEA, FBSAN) também apontaram o potencial da ESF como identificador de situação de (In) SAN da população assistida. Neste contexto, o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família foi citado por todos os atores, exceto os profissionais da ESF, apesar de alguns terem referido a realização de ações com os beneficiários do programa.

Algumas ações básicas de saúde (pré-natal, puericultura, prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis, acompanhamento dos usuários) também foram incluídas pelos representantes do CONSEA, FBSAN, CGPAN, e CMESF entre as ações promotoras de SAN na ESF. O combate às carências nutricionais (Suplementação de Ferro e Vitamina A) foi lembrado somente pela CGPAN.

Ações intersetoriais para promoção de SAN na ESF foram citadas pelos atores da CAB/INAD, CGPAN, CGAB e CONSEA, sendo a parceria entre os setores saúde e educação apontada como grande potencial pelos gestores federais e municipais. Experiências desta articulação foram apontadas pela CAB/INAD, CMESF e profissionais.

Uma amplitude de dificuldades para a realização de ações promotoras de SAN na ESF foi descrita pelos diferentes atores, sendo mais enfatizadas pelos gestores municipais e profissionais das equipes da ESF.

Destacam-se as dificuldades relacionadas à organização do processo de trabalho das equipes e de sua integração com os demais níveis de atenção do SUS. A realização de ações de promoção da saúde parece competir com as ações programáticas estabelecidas pela gestão e a demanda por ações assistenciais proveniente dos usuários, quando deveriam ocorrer de forma integral dentro dos serviços a partir da identificação das necessidades locais de saúde.

A formação inadequada dos profissionais de saúde também foi citada por alguns atores (CAB/INAD, FBSAN e CGPAN). Identificam que a atual formação ainda não permite aos profissionais lançar um olhar integral sobre a população e o território onde atuam, conseqüentemente dificulta a percepção da SAN como determinante de saúde e o desenvolvimento de ações na ESF para sua promoção. Vale ressaltar que os atores referiram-se apenas a formação dos profissionais de nível superior.

A problemática atual da precarização do trabalho, especialmente a instabilidade do vínculo empregatício, baixa remuneração e não fixação de profissionais médicos nas equipes também foi destacada no conjunto de dificuldades identificadas pelos atores. Além de questões como o acesso da população aos alimentos, a violência e a não adesão da população às ações voltadas a promoção da saúde.

O setor saúde responde por questões que afetam diretamente a utilização biológica dos alimentos consumidos e também por ações que garantam a saúde (diagnóstico, recuperação da saúde, prevenção de doenças e promoção de modos de vida saudáveis). Esse conjunto de intervenções tem impacto sobre o estado nutricional dos indivíduos e da população e, portanto, sobre sua Segurança Alimentar e Nutricional. Mas, muitos problemas identificados pelo setor saúde são conseqüências ou reflexos de situações adversas cujas causas e soluções cabem a outros setores governamentais, extrapolando suas competências. Dessa forma, é importante refletir sobre o que cabe a este setor e como articular suas ações aos demais setores envolvidos de forma a assegurar a SAN e o DHAA.

Pinheiro (2005, p 10-11) enfatiza esta necessidade:

O papel do setor saúde precisa ser mais bem esclarecido frente às demandas da temática Segurança Alimentar e nutricional . Mesmo os profissionais de saúde precisam ter uma compreensão mais qualificada da proposta pois cada setor precisa assumir seu papel neste campo de atuação. A SAN não pode ficar restrita a uma política de governo porque precisa ter mecanismos institucionais que garantam a articulação necessária a sua instituição de maneira permanente como política pública, de Estado brasileiro.

Uma vez que a SAN deve ser promovida por meio de uma política pública intersetorial, onde cada setor deve desenvolver suas ações a partir de uma concepção integrada dos componentes alimentar e nutricional (BURLANDY, 2004), é compreensível que a articulação entre os diferentes atores de um mesmo setor também seja fundamental para que este desenvolva plenamente seu papel de contribuinte para a promoção de SAN da população.

Este trabalho suscitou a necessidade de difundir a interdependência entre saúde e SAN entre gestores e profissionais ligados à ESF para que estes possam identificar melhor nas ações dos serviços de saúde elementos promotores da SAN e compreender seu papel de agentes promotores de SAN.

A promoção da alimentação saudável pode facilitar a compreensão desta interdependência uma vez que ao mesmo tempo é objetivo da SAN e uma das estratégias para promoção da saúde. Pinheiro (2005, p.11) explica claramente

Se entendermos o conceito de promoção da saúde, que assume a alimentação saudável como um dos fatores determinantes da saúde, e a saúde enquanto um conceito positivo, determinado pela interação de fatores diversos, como sociais, culturais, ecológicos, psicológicos, econômicos e religiosos, fica claro as similaridades entre os conceitos analisados: promoção da saúde e segurança alimentar e nutricional. [...] Nesta análise, os fatores determinantes da saúde também vão influenciar na condição de segurança alimentar e nutricional dos indivíduos e grupos sociais. E assim, este conceito abrangente de saúde, que se apóia nos recursos sociais e coletivos, e não somente na capacidade física ou condição biológica dos sujeitos, individualmente, se concretiza mediante a garantia da segurança alimentar e nutricional.

O estudo ressalta a necessidade de descentralização das discussões sobre SAN, bem como sobre a amplitude de ações promotoras de SAN que são desenvolvidas e que podem ser desenvolvidas na ESF junto aos diferentes atores, em especial aos profissionais das equipes e a gestão federal da ESF. Também aponta a importância da inclusão deste tema na formação dos profissionais já atuantes ou que possam vir a atuar na ESF, pois é fundamental que estes sejam

críticos e reflexivos para que contribuam para a transformação do modelo assistencial.

Ficou clara a necessidade do diálogo entre os diferentes atores sociais participantes da pesquisa. Profissionais, gestores e representantes da sociedade civil organizada precisam discutir esta temática juntos e construir estratégias que permitam ao setor saúde, em especial a ESF aqui enfocada, cumprir sua contribuição para a garantia da SAN à população. Ficou a necessidade de escutar a gestão estadual de saúde sobre esta temática e a indagação sobre seu papel articulador entre os níveis federal e municipal de gestão.

O fortalecimento da Atenção Básica fomentado nos últimos anos, expresso pela significativa expansão da estratégia Saúde da Família, tem exigido constantes esforços no sentido de dirigir ações, iniciativas e projetos ao aperfeiçoamento de sua qualidade. Ao mesmo tempo, a gradativa incorporação da Segurança Alimentar e Nutricional na agenda política nacional também tem exigido o desenvolvimento de estratégias para sua implementação junto aos diferentes setores públicos.

Nesse sentido, torna-se relevante a realização de novos estudos sobre a contribuição do setor saúde para promoção de SAN.

## REFERÊNCIAS

ANJOS, Luiz Antônio dos; BURLANDY, Luciene. Construção do conhecimento e formulação de políticas públicas no Brasil na área de segurança alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, 15(1), p.19-30, janeiro de 2010.

ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de; ARRUDA, Ilma Kruse Grande de Arruda. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 7 (3), p. 319-326, jul. / set., 2007.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 7(3), p. 401-412, 2002.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e institucionaliza a descentralização e as relações entre União, Estados e Municípios com relação à política de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 29 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 18 maio 1998.

BRASIL. **Lei no 9.790, de 23 de março de 1999**. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de março de 1999.

BRASIL. **Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 5 de maio de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 144p.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). **Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional**. Textos de Referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, 2004a. 80p.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). **Relatório Final da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Olinda, PE, 2004b. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A contribuição da Política Nacional de Alimentação e Nutrição para a construção de uma política de Segurança Alimentar e Nutricional**. Informe da Atenção Básica nº 25. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Cadernos Metropolitanos, V. II, 2º Seminário de Gestão Participativa do Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro: Saúde da Família - panorama, avaliação e desafios. Brasília, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde**. Brasília, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro**. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 59 p.

\_\_\_\_\_. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 210 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 60 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Comissão Permanente de Direito Humano à Alimentação Adequada. **Recomendações à Estratégia Saúde da Família**. Brasília, 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 12 – Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: 2006g. Disponível em:



<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528\\_pnspe.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528_pnspe.pdf)> Acesso em: novembro/2009

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Imprensa – Notícias de Setembro/2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/consea/exec/index.cfm> Acesso em: 2007a.

\_\_\_\_\_. **Documento Final da III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Fortaleza, CE, 2007b. 90p.

\_\_\_\_\_. Imprensa – Notícias de Julho/2007. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/consea/exec/index.cfm> Acesso em: 2007. 2007c

\_\_\_\_\_. Imprensa – Notícias. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/Consea/exec/index.cfm>>. Acesso em: 31/10/2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição**. Apresenta informações gerais sobre a CGPAN. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/apresentacao.php>>. Acesso em 31/10/2008b.

\_\_\_\_\_. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaoBasica.php>>. Acesso em: setembro/2008c

\_\_\_\_\_. **Coordenação Geral da Atenção Básica**. Apresenta informações gerais sobre a CGAB. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cgab/cgab.php>> Acesso em 15/11/2008d.

BRASIL. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008** (Republicada em 4 de março de 2008). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: 4 de março de 2008, p. 38-42. 2008e.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). **Considerações do CONSEA ao Ministro da Saúde**. Plenária do CONSEA 2 de julho de 2008. Brasília, 2008f.

\_\_\_\_\_. Imprensa – Notícias de Janeiro/2008. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/consea/exec/index.cfm> Acesso em: 2008g.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Programa Bolsa Família**. Apresenta informações gerais sobre o programa. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o\\_programa\\_bolsa\\_familia](http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia)> Acesso em: julho/2008h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Consolidado histórico de cobertura da Estratégia Saúde da Família – 2008**. Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação - competência DEZEMBRO/2008. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico\\_2008.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf)> Acesso em: setembro/2009a.

\_\_\_\_\_. **Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família**

**Implantadas no Brasil - 1994 a Agosto/2009** . Disponível em:

<[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/imgs/graficos\\_abnumeros/dab\\_graph\\_sf\\_meta\\_evolucao.jpg](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_sf_meta_evolucao.jpg)> Acesso em: setembro/2009b.

\_\_\_\_\_. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde.**

Brasília: Ministério da Saúde, 2009c, 78p.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Subsídio para Balanço das Ações Governamentais de Segurança Alimentar e Nutricional e da Implantação do Sistema Nacional**. Documento elaborado para o Encontro: III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional +2 anos. Brasília, 2009d, 72 p.

BRASIL. **Portaria Nº 1.944 de 27 de agosto de 2009**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de agosto de 2009e.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). **Exposição de Motivos nº006-2009/CONSEA ao Presidente da República**. 25 de junho de 2009. Brasília, 2009f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Cadernos de Atenção Básica nº 24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009g. 96 p.

\_\_\_\_\_. **Teto, credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro/RJ – Janeiro/2000 a Dezembro/2009**. Disponível em:

<[http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)> Acesso em: fevereiro/2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA et al (org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BURLANDY, Luciene. Segurança Alimentar e Nutricional: intersectorialidade e ações de nutrição. **Saúde em Revista**, Piracicaba, 6 (13), p.9 -15, 2004.

BURLANDY, Luciene. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersectorialidade no âmbito federal de governo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(3), p.851-860, 2009.

CAETANO, Rosângela; DAIN, Sulamis. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 12(1), p. 11-21, 2002.

CAMPOS, Gastão W. **Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil**. In: Fleury S. (org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 417-442, 2006.

CAPORAL, Francisco Roberto; COSTABEBER, José Antônio. **Segurança alimentar e agricultura sustentável: uma perspectiva agroecológica.** Disponível em: <<http://www.fbsan.org.br/biblioteca.htm>> Acesso em: fevereiro/2010.

CASTRO, Janete Lima de (Coord.) et al. **Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho.** Observatório de Recursos Humanos/ Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/UFRN. Natal, 2006. Disponível em: <[http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/NESC-RN/PSF\\_flexibilidade\\_precarizacao.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/PSF_flexibilidade_precarizacao.pdf)> Acesso em: maio/2010.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: 20 (5), p. 1400-1410, set-out, 2004.

CORBO, Anamaria D'Andrea; MOROSINI, Márcia Valéria G. C. & PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde.** In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C & CORBO, Anamaria D'Andrea (org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. 240 p.

COSTA, Ana Maria; PONTES, Anna C. Romano; ROCHA, Dias Gonçalves. **Intersectorialidade na produção e promoção da saúde.** In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC, 2006, p.96-115.

CRUZ, Otávio; MOREIRA, Marcelo Rasga; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei. **Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa:** o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: DCS/ENSP, mimeografado, 2001. 32p..

DUARTE, Rosália. Entrevistas em Pesquisas Qualitativas. **Educar,** Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

FAGUNDES, Andhressa Araújo et al. **Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN:** orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FAUSTO, Márcia C. R. & MATTA, Gustavo Corrêa. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas.** In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C & CORBO, Anamaria D'Andrea (org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. 240 p.

FAVORETO, César Augusto Orazem; CAMARGO Jr., Keneth Rochel de. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis: Revista saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: 12 (91), p. 59-75, 2002.

FBSAN - Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional. Apresenta informações gerais sobre o FBSAN. Disponível em:

<<http://www.fbsan.org.br/historia.htm>> Acesso em: 31/10/2008.

FERREIRA, Vanessa A.; MAGALHÃES, Rosana. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 23(7), p.1674-1681, jul, 2007.

FERNANDES, Luciane. A.; GOMES, José. M. M. Relatórios de pesquisa nas Ciências Sociais: características e modalidades de investigação. **ConTexto**, Porto Alegre, v. 3, n. 4, 1º semestre 2003.

FLORENTINO, Ana Maria. Segurança Alimentar e Nutricional e Sustentabilidade: Histórico e Desafios. **Nutrição Profissional**. São Paulo: Editora RCN, n.18, p. 51-56, Março/Abril de 2008.

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.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**. Campinas: 16(4), p. 483-492, 2003.

GIOVANELLA, Lúgia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 14(3), p.783-794, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1991. 62p.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Tradução Heloísa Monteiro e Francisco Settinieri. Porto Alegre: Editora ARTMED; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999. 340p.

LEÃO, Marília M.; CASTRO, Inês, R.R. Políticas públicas de alimentação e nutrição In: Kac, G., Sichieri R., Gigante, D.P. (Org). **Epidemiologia Nutricional**. Fiocruz e Atheneu. Rio de Janeiro. pp. 519 – 541, 2007.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ludmilla da Silva. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup. 1: S42-S57, 2008.

MACIEL, Maria Eunice; MENASCHE, Renata. **Alimentação e cultura, identidade e cidadania. Você tem fome de quê?** Disponível em: <http://www.ibase.br/modules.php?name=Conteudo&pid=920>> Acesso em: fevereiro/2010.

MALUF, Renato S.; MENEZES, Francisco; MARQUES, Susana Bleil. **Caderno Segurança Alimentar.** Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/alimentacao/tconferencias.html>> Acesso em: 23/06/08.

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.

MARTIN, W. Bauer; GASKELL, George. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som:** um manual prático. Petrópolis. Vozes. 2004.

MATTOS, Ruben A. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: Pinheiro, R. Mattos, R, (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MATTOS, Ruben A. O Incentivo ao PSF e seu impacto sobre as grandes cidades. **Physis - Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: 12(1), p. 77-108, 2002.

MATTOS, Ruben A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (5), p. 1411-6, Set-Out 2004.

MATTOS, R.A. **Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade.** In: PINHEIRO R; MATTOS R. A. (org). Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007.

MERCADO, Francisco J. **O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde.** In: BOSI, Maria L. M.; MERCADO, Francisco J. (org.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Editora Vozes, p.137- 174, 2004.

MOCHEL, Márcia. Mesa Redonda "Saúde da Família: ampliando acesso com qualidade?" no IV Ciclo de Debates Conversando sobre a Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro, 7/maio/2008.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: 21(6), p.1901-1910, nov-dez, 2005.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto de. **Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação**. 1/09/2006. Disponível em: <[http://www.aleitamento.com/a\\_artigos.asp?id=1&id\\_artigo=1313](http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=1&id_artigo=1313)> Acesso em: novembro/2009

PAIM, Jairnilson Silva; COSTA, Heloniza O. Gonçalves; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Política pública e controle da violência: um estudo de caso na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 25(3), p. 485-494, mar, 2009.

PELIANO, Ana Maria T. Medeiros; RESENDE, Luis Fernando de Lara; BEGHIN, Nathalie. O Comunidade Solidária: uma estratégia de combate à fome e à pobreza. **Planejamento e Políticas Públicas**, nº 12, p. 19-37, jan./jun., 1995.

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, Anelise Rizzolo de O.; RECINE, Elisabetta G.; CARVALHO, Maria de Fátima C. C. de. **As práticas alimentares saudáveis: a promoção da saúde no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional**. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC, 2006, p. 185-207.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de O. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.29, n. 70, p.125 – 139, mai/ago.2005.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de O.; CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de. Estado e Mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p.170-183, 2008.

PORTO, Marcelo Firpo; MILANEZ, Bruno. Eixos de desenvolvimento econômico e geração de conflitos socioambientais no Brasil: desafios para a sustentabilidade e a justiça ambiental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(6), p. 1983-1994, dez. 2009.

RATTNER, Henrique. Meio ambiente, saúde e desenvolvimento sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(6), p. 1965-1971, dez. 2009.

RESENDE, Luís Fernando de Lara. **Comunidade Solidária: uma alternativa aos Fundos Sociais**. Texto para Discussão nº 725. Brasília: IPEA, 2000. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/pub/td/td\\_2000/td\\_725.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td_725.pdf)> Acesso em: 31/07/2008.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. **O modelo de gestão do SUS e a ameaça neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (org.). Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: ADUFRJ, 2008, 2ª edição, p. 25-35.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil - SESDEC. **Resolução SES Nº 2673 de 02 de março de 2005.** Implanta a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Publicada no D.O. de 14/03/2005. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/publicacoes/Res2673.shtml> Acesso em: novembro/2009

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. **Endereços das Unidades de Saúde da Família e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.** Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br>> Acesso em: maio/2008.

ROMANO, Valéria Ferreira. *A Busca de uma Identidade para o Médico de Família.* **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Nº 18, V.1, p. 13-25, 2008.

SILVA, Elizabete Vieira M. et al. **A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar.** Brasília: Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS, 2008.

SORANZ, Daniel Ricardo. Mesa Redonda “Qual a política de saúde para a cidade do Rio de Janeiro?” no VI Ciclo de Debates Conversando sobre a Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro, 10/maio/2010.

SOUZA, Heloísa Machado de. **Reforma da Reforma.** Revista Brasileira de Saúde da Família. Ministério da Saúde – Brasil, Ano II, Nº 4, p. 2-3, janeiro, 2002.

SOUZA, Maria Aparecida. **O Respeito às comunidades tradicionais e aos hábitos alimentares saudáveis.** In: Caderno de Textos da 4ª Conferência Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional de Minas Gerais – Por um desenvolvimento com soberania e segurança alimentar e nutricional com sustentabilidade. Belo Horizonte, p. 29-31, março/2007.

SUANNO, Marilza Vanessa Rosa. Auto-Avaliação Institucional: Princípios e Metodologia do Grupo Focal. In: BELLO, José Luiz de Paiva. **Pedagogia em Foco.** Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/avinst01.htm>>. Acesso em: agosto/2006.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública:** conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 172p.

TORRES, Raquel. Violência e saúde. **POLI: saúde, educação e trabalho.** Rio de Janeiro: Ano II, nº9, jan-fev, 2010.

VALENTE, Flávio L. S. **A política de insegurança alimentar e nutricional no Brasil de 1995 a 2002.** Brasília, 2005. Disponível em: <[http://www.fomezero.gov.br/download/pol\\_inseg\\_alimentar\\_Flavio\\_Valente.pdf](http://www.fomezero.gov.br/download/pol_inseg_alimentar_Flavio_Valente.pdf)> Acesso em: 02/04/2008.

VALENTE, Flavio L. S.; BURITY, Valéria; FRANCESCHINI, Thaís; CARVALHO, Maria de Fátima. **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.

VALENTE, Flavio L. S.; BURITY, Valéria; FRANCESCHINI, Thaís; CARVALHO, Maria de Fátima. **O DHAA, a SAN, a saúde e a promoção da alimentação saudável e adequada.** In: Curso de formação à distância em Direito Humano à Alimentação Adequada no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional, Módulo 7, p. 4-13. ABRANDH, 2007b.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**, Campinas, 18(4), p. 439-457, jul./ago., 2005.



**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes de grupos focais**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
MESTRADO EM ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E SAÚDE.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
GRUPO FOCAL**

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “PERCEPÇÃO DE DIFERENTES ATORES SOCIAIS SOBRE A PROMOÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA” que tem como principal objetivo: analisar as percepções de diferentes atores sociais sobre a promoção de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na Estratégia Saúde da Família (ESF), através da identificação de diferenças e semelhanças entre as percepções de atores do poder público, nos âmbitos federal e municipal, ligados à ESF, e de organizações da sociedade civil que atuam no campo da SAN.

Sua participação será importante, pois contribuirá para o levantamento de novos aspectos acerca do papel da Estratégia Saúde da Família para promoção da Segurança Alimentar e Nutricional da população.

Será utilizado nessa pesquisa o procedimento chamado “grupo focal” que consiste em uma reunião de até doze pessoas, que irão discutir, com a participação de um moderador, sobre o tema da pesquisa. Essa reunião será gravada em áudio e vídeo. Todos os diálogos dos participantes serão transcritos e utilizados como dados para a pesquisa.

Seus dados pessoais e dos demais participantes serão mantidos em sigilo, uma vez que seus nomes serão trocados por nomes fictícios quando for feita a transcrição das gravações.

Você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade, bem como solicitar quaisquer esclarecimentos, em qualquer tempo sobre os métodos e instrumentos a serem utilizados.

Ao final da pesquisa, seus resultados estarão disponíveis na Dissertação de Mestrado, que poderá ser consultada por qualquer interessado, na Secretaria do Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da UERJ ou através dos pesquisadores envolvidos. Os resultados poderão ainda ser publicados em artigos científicos de revistas especializadas.

Você poderá, em qualquer tempo, acompanhar a pesquisa e ter acesso aos dados resultantes desta, estando em contato com as próprias pesquisadoras através dos dados fornecidos abaixo:

Nome: Inês Rugani Ribeiro de Castro

Telefones: (21)2225-7521/9984-8434 e-mail: [inesrrc@uol.com.br](mailto:inesrrc@uol.com.br)

Nome: Kelly Poliany de Souza Alves

Telefones: (21) 3798-4388/8610-0161 e-mail: [kelly.alves@uerj.br](mailto:kelly.alves@uerj.br)

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 12º andar, Bloco D, sala 12.024, Maracanã - Rio de Janeiro, RJ.

Telefone / Fax: (21) 2587-7218 Ramal 5, e-mail: [ppgnutricao.uerj@gmail.com](mailto:ppgnutricao.uerj@gmail.com)

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ:

Rua São Francisco Xavier, 524, 3º andar, bloco E, sala 3020 - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) - Telefone: (21) 2569-3490.

---

Pesquisadora

**APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes de entrevistas semi-estruturadas**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
MESTRADO EM ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “PERCEPÇÃO DE DIFERENTES ATORES SOCIAIS SOBRE A PROMOÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA” que tem como principal objetivo: analisar as percepções de diferentes atores sociais sobre a promoção de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na Estratégia Saúde da Família (ESF), através da identificação de diferenças e semelhanças entre as percepções de atores do poder público, nos âmbitos federal e municipal, ligados à ESF, e de organizações da sociedade civil que atuam no campo da SAN.

Sua participação será importante, pois contribuirá para o levantamento de novos aspectos acerca do papel da Estratégia Saúde da Família para promoção da Segurança Alimentar e Nutricional da população.

Será utilizado nessa pesquisa o procedimento chamado “entrevista semi-estruturada”, no qual o pesquisador terá um roteiro preliminar com perguntas sobre o tema do estudo e o entrevistado tem a possibilidade de falar sobre o tema em questão sem se prender à pergunta formulada. Ou seja, novas perguntas poderão ser incluídas quando for percebido que temas considerados importantes, que não estiveram presentes no roteiro inicial, aparecerem na discussão. Essa entrevista será registrada em áudio, através de um gravador digital. Todos os diálogos serão transcritos e utilizados como dados para a pesquisa.

Seus dados pessoais e dos demais participantes serão mantidos em sigilo, uma vez que seus nomes serão trocados por nomes fictícios quando for feita a transcrição da gravação em áudio.

Você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade, bem como solicitar quaisquer esclarecimentos, em qualquer tempo sobre os métodos e instrumentos a serem utilizados.

Ao final da pesquisa, seus resultados estarão disponíveis na Dissertação de Mestrado, que poderá ser consultada por qualquer interessado, na Secretaria do Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da UERJ ou através dos pesquisadores envolvidos. Os resultados poderão ainda ser publicados em artigos científicos de revistas especializadas.

Você poderá, em qualquer tempo, acompanhar a pesquisa e ter acesso aos dados resultantes desta, estando em contato com as próprias pesquisadoras através dos dados fornecidos abaixo:

Nome: Inês Rugani Ribeiro de Castro

Telefones: (21)2225-7521/9984-8434 e-mail: inesrrc@uol.com.br

Nome: Kelly Poliany de Souza Alves

Telefones: (21) 3798-4388/8610-0161 e-mail: kelly.alves@uerj.br

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 12º andar, Bloco D, sala 12.024, Maracanã - Rio de Janeiro, RJ.

Telefone / Fax: (21) 2587-7218 Ramal 5, e-mail: [ppgnutricao.uerj@gmail.com](mailto:ppgnutricao.uerj@gmail.com)

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ:

Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3020, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) - Telefone: (021) 2569-3490.

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Pós - informado de todos os participantes**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
MESTRADO EM ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E SAÚDE**

**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa “PERCEPÇÃO DE DIFERENTES ATORES SOCIAIS SOBRE A PROMOÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA” que tem como principal objetivo: analisar as percepções de diferentes atores sociais sobre a promoção de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na Estratégia Saúde da Família (ESF), através da identificação de diferenças e semelhanças entre as percepções de atores do poder público, nos âmbitos federal e municipal, ligados à ESF, e de organizações da sociedade civil que atuam no campo da SAN.

Ressalto ainda estar ciente de que terei:

- (a) A garantia de receber esclarecimento de qualquer dúvida acerca da pesquisa de que tomo parte;
- (b) A liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento da pesquisa;
- (c) A segurança de que não haverá divulgação personalizada das informações;
- (d) As informações sobre os resultados do estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/09

(local)

(data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

**APÊNDICE D – roteiro para realização de grupos focais e entrevistas semi-estruturadas**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
MESTRADO EM ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E SAÚDE**

**ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DE GRUPOS FOCAIS E ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS**

- 1) O que você entende por Segurança Alimentar e Nutricional?
- 2) Você acha que é possível desenvolver ações que promovam Segurança Alimentar e Nutricional através do trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família?
- 3) Em sua opinião, que ações desenvolvidas hoje pelas equipes da Estratégia Saúde da Família ajudam a promover Segurança Alimentar e Nutricional?
- 4) Você acredita que outras ações poderiam ser desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família para ajudar a promover Segurança Alimentar e Nutricional? Se sim, quais? Se não, por quê?
- 5) Você acha que as equipes têm dificuldades para desenvolver ações promotoras de Segurança Alimentar e Nutricional? Quais? Por quê?
- 6) Em sua opinião, o quê poderia contribuir para que as equipes da Estratégia Saúde da Família realizem ações promotoras de Segurança Alimentar e Nutricional?

## ANEXO A – Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa – UERJ



### Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Sr2 Comissão de Ética em Pesquisa – COEP

Rua São Francisco Xavier, 524, bloco E, 3º. andar, sala 3018 - Maracanã.  
CEP 20550-900 – Rio de Janeiro, RJ.  
E - mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) - Telefone: (21) 2569-3490

#### PARECER COEP 006/2009

A Comissão de Ética em Pesquisa – COEP, em sua 11ª Reunião Ordinária em 11 de dezembro de 2008, analisou o protocolo de pesquisa nº. **035.3.2008**, segundo as normas éticas vigentes no país para pesquisa envolvendo sujeitos humanos e emite seu parecer.

**Projeto de pesquisa:** *“Percepção de diferentes atores sociais sobre a promoção de segurança alimentar e nutricional na estratégia saúde da família”*

**Pesquisador Responsável:** Profª. Inês Rugani Ribeiro de Castro

**Mestranda:** Kelly Poliany de Souza Alves

**Instituição Responsável:** Instituto de Nutrição / UERJ

**Área do Conhecimento:** 4.00- Ciências da Saúde – 4.05- Nutrição

**Palavras-chave:** Segurança alimentar e nutricional, Estratégia Saúde da Família.

**Sumário:** Esta é uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa que terá como sujeitos atores ligados à ESF (Estratégia Saúde da Família) no município do Rio de Janeiro-RJ, e atores do poder público federal e de organizações da sociedade civil que atuam no campo da Segurança Alimentar e Nutricional(SAN).A coleta de dados será realizada através de entrevistas semi-estruturadas e grupo focal, sendo os dados coletados analisados de forma temática.

**Objetivo:** Este estudo pretende suscitar novos aspectos acerca do setor saúde, em especial a ESF, para a promoção de SAN, apontando a relevância da articulação entre os diversos atores sociais deste setor.

**Considerações Finais:** A COEP considerou o projeto com boa fundamentação teórica, apresentado de forma clara e organizada, a referência bibliográfica é pertinente e a pesquisadora responsável apresenta experiência na área de conhecimento da pesquisa.

Após o atendimento à solicitação do Parecer COEP nº066/2008, a Comissão deliberou pela **aprovação** do projeto.

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - **previsto para março de 2010**, para cumprir o disposto no item *VII. 13.d da RES. 196/96/CNS*. Além disso, a COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

**Situação: Projeto Aprovado**

Rio de Janeiro, 16 de março de 2009.

Prof. Dr. Olinto Pegoraro

Coordenador da Comissão de Ética em Pesquisa - UERJ