

Parte III - Tópicos especiais em epidemiologia nutricional

30 - Políticas públicas de alimentação e nutrição

Marília Mendonça Leão
Inês Rugani Ribeiro de Castro

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

LEÃO, MM., and CASTRO, IRR. Políticas públicas de alimentação e nutrição. In: KAC, G., SICHIERI, R., and GIGANTE, DP., orgs. *Epidemiologia nutricional* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Atheneu, 2007, pp. 519-541. ISBN 978-85-7541-320-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição

Marília Mendonça Leão e Inês Rugani Ribeiro de Castro

O Contexto Político-Institucional das Políticas de Alimentação e Nutrição a partir da Década de 1980

Em meados da década de 1980, o país vivia o processo de reconstrução do Estado democrático, após vinte anos de governo militar (1964-1984). Na área da saúde pública, foi intensa a movimentação durante o ano de 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, evento-síntese da democratização da saúde no país. Seus resultados foram decisivos para o lançamento dos pilares que construiriam o Sistema Único de Saúde (SUS) e que ainda hoje o sustentam.

Como desdobramento da VIII Conferência, foi realizada, em novembro de 1986, a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, sob a coordenação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan), autarquia então vinculada ao Ministério da Saúde. A conferência contou com representatividade da sociedade civil e de diferentes esferas de governos e pode ser considerada o primeiro evento, após o governo militar, da área de alimentação e nutrição com participação democrática. As recomendações do documento final dessa I Conferência deixam claro o pressuposto de que os problemas de alimentação e nutrição tinham caráter estrutural e vínculos estreitos com as condições de vida e renda da população e explicitam o reconhecimento da alimentação como um direito: “Ao reconhecer a alimentação como um direito de todos, a Conferência estabelece as responsabilidades do Estado de assegurar a disponibilidade interna de alimentos, bem como as condições de acesso ao consumo através, sobretudo, de uma política de salários justos e promoção de pleno emprego” (Inan, 1986: 2).

Na análise desse e de outros documentos da época (Inan, 1973; Kruse, 1979; Coimbra, 1982; Peliano, 1983; Musgrove, 1985), é notório que prevalecia na esfera do governo federal o entendimento de que os principais problemas de nutrição e saúde pública referiam-se à privação alimentar, cuja conseqüência mais grave é a desnutrição. A despeito de os gestores reconhecerem o caráter estrutural da fome e da desnutrição, a tônica da intervenção governamental foi, sistematicamente, a de creditar a solução dos problemas na conta do crescimento econômico e de seus impactos positivos no acesso satisfatório aos alimentos básicos pela parcela da população em situação de pobreza.

Em uma economia de mercado como a brasileira, o acesso aos alimentos é diretamente determinado pela disponibilidade de renda das famílias. Assim, supunha-se que o crescimento econômico, qualquer que fosse sua

trajetória, resolveria os principais problemas alimentares e nutricionais da população, com o aumento do emprego e da renda. Orientada por essa lógica, a agenda governamental privilegiava as ações no plano econômico, e as ações da área social tinham caráter apenas compensatório, destinadas a aliviar a pobreza das populações que viviam à margem do mercado. As principais políticas dessa fase foram, muitas vezes, estruturadas de acordo com os interesses econômicos do político com prestígio no momento e visavam à compra de alimentos básicos, industrializados ou “formulados” para distribuição entre as populações “biológica e socialmente” vulneráveis.

O Inan foi um órgão forte na esfera federal, pois, como coordenador e articulador da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), interagiu com desenvoltura entre os ministérios da Agricultura e órgãos de abastecimento, Educação, Trabalho, Previdência e ainda com a Secretaria de Planejamento da Presidência da República (Seplan), órgão da estrutura federal mais próximo do presidente da República. 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.

Nesse contexto, teve igual importância política e programática o Ministério da Educação, representado pela Fundação de Assistência ao Estudante (FAE), então o órgão coordenador do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). A FAE implementou uma estratégia de descentralização, nos anos 90, desmontando a estrutura centralizada do programa mediante a transferência de atribuições e do poder decisório da gestão do nível federal para os estados e municípios. A FAE foi extinta em 1997 e substituída pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), que, atualmente, coordena o PNAE. O Quadro 1 demonstra a predominância dos programas de distribuição de alimentos entre os anos 80 e 90.

Quadro 1 – Principais políticas públicas de alimentação e nutrição no Brasil implementadas ou vigentes no período de 1984 a 2006

Tipo de ação	Órgão responsável	Início-término
1. Suplementação alimentar		
Programa de Nutrição em Saúde	Inan	1976-1984
Programa de Suplementação Alimentar (PSA)	Inan	1985-1989
Programa Leite é Saúde	Inan	1993-1998
Programa de Complementação Alimentar (PCA)	LBA	1976-1990
Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN)	Ministério da Saúde	1998-2002
Programa de Alimentação Escolar	FNDE/MEC	1954-presente
Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT)	Ministério do Trabalho	1976-presente
Programa de Aquisição de Alimentos (PAA)	MDS/Conab	2003-presente
Programa de Distribuição de Cestas	MDS	2003-presente
Restaurantes Populares	MDS	2003-presente
Hortas Comunitárias	MDS	2003-presente
Cozinhas Comunitárias	MDS	2003-presente
Banco de Alimentos	MDS	2003-presente

Quadro 1 – Principais políticas públicas de alimentação e nutrição no Brasil implementadas ou vigentes no período de 1984 a 2006 (continuação)

Tipo de ação	Órgão responsável	Início-término
2. Prevenção e controle de doenças		
Prevenção e Controle das Deficiências de Iodo	Ministério da Saúde	1954-presente
Prevenção e Controle das Deficiências de Ferro	Ministério da Saúde	1983-presente
Prevenção e Controle das Deficiências de Vitamina A	Ministério da Saúde	1983-presente
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	Ministério da Saúde	1976-presente
Construção de cisternas no Semi-Árido	MDS	2003-presente
3. Transferência de renda		
Bolsa Escola	Ministério da Educação	2001-2004
Bolsa Alimentação	Ministério da Saúde	2001-2004
Bolsa Família	MDS	2004-presente
Benefício de Prestação Continuada (BPC)	MDS	1995-presente
4. Promoção da saúde		
Incentivo ao Aleitamento Materno	Ministério da Saúde	1976-presente
Alimentação Saudável	Ministério da Saúde	1999-presente
Educação Alimentar	MDS	2003-presente

Inan - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

LBA - Legião Brasileira de Assistência

FNDE/MEC - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação/Ministério da Educação

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Conab - Companhia Nacional de Abastecimento

A partir da década de 1990, novos ventos anunciam a necessidade de mudança de rota em alguns setores governamentais, diante da constatação da transição demográfica e nutricional e seus impactos negativos na saúde e na economia da população. Os resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN (Ministério da Saúde, 1989) foram os primeiros a chamar a atenção dos gestores e planejadores federais para a questão da transição nutricional. Além de demonstrarem a franca redução da desnutrição infantil, quando comparados com estudos da década de 1970, evidenciaram o aumento dos casos de excesso de peso e obesidade entre os adultos (Coitinho, 1991; Monteiro, 2000). Iniciou-se, a partir daí, no âmbito do Ministério da Saúde, um tímido discurso oficial, sobre a coexistência das duas dimensões do problema alimentar e nutricional: a privação alimentar e o aumento da obesidade e de outras DCNT associadas à alimentação inadequada e/ou excessiva.

No entanto, o início dos anos 90 não foi nada favorável à formulação e implementação de políticas públicas coerentes com o novo perfil alimentar e nutricional que se anunciava. Os anos de 1990 a 1992 foram marcados pela desastrosa tentativa de implementação das idéias neoliberais do governo Collor, com a extinção de órgãos públicos federais e a redução de recursos para programas sociais, sob o argumento da promoção da estabilização da economia e da modernização do Estado. Na época, iniciou-se um lento e eficiente processo de destruição organizacional no Inan, e, na falta de um plano político-institucional para o futuro, o órgão foi perdendo os seus melhores quadros técnicos. Praticamente todos os programas de alimentação e nutrição foram desativados, e em 1997 o Inan foi extinto (Ministério das Relações Exteriores, 1996).

O Inan sempre foi considerado um corpo estranho à estrutura do Ministério da Saúde, pois sua missão de coordenação do Pronan (Programa Nacional de Alimentação e Nutrição) transcendia a esfera da Saúde, na medida em que se articulava com as estruturas de comando de vários outros ministérios. O desaparecimento do Inan deixou um vácuo institucional e programático na área da alimentação e nutrição.

A partir de 1997, os poucos programas remanescentes do Inan foram distribuídos por diferentes instâncias do Ministério da Saúde. A discussão sobre a interação da alimentação com as DCNT permanecia incipiente, embora já presente nas coordenações técnicas de diabetes e hipertensão, todavia sem qualquer articulação com programas de nutrição. A abordagem fragmentada e desarticulada das questões relacionadas à alimentação e nutrição gerou descontentamento na comunidade de técnicos de governo e pesquisadores, com repercussões nos organismos internacionais ligados à área (Ministério da Saúde, 2006c).

Transcorria, à época, o primeiro mandato do governo Fernando Henrique (1995-1998), período em que se implementou, com o auxílio da consolidação do Plano Real, uma nova política fiscal no país. Na área de segurança alimentar, o principal legado do governo anterior, já então sob a gestão de Itamar Franco, foram as propostas para uma Política de Segurança Alimentar, referendadas pela I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, realizada em 1994. Note-se aqui que o 'nutricional' não compunha ainda o conceito de segurança alimentar. Essa conferência foi promovida pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar (Consea) em parceria com a Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida, em julho de 1994 (Consea, 1994). No entanto, o Consea foi extinto no início de 1995, e com esta decisão romperam-se laços importantes com movimentos da sociedade civil (Valente, 2004).

Em contrapartida, a estabilização da economia criou um ambiente favorável ao gerenciamento das políticas públicas, permitindo mais profissionalismo e transparência à formulação, implementação, planejamento e orçamento das ações de governo. Foi nesse contexto que um grupo de técnicos do Ministério da Saúde deflagrou, em 1998, um processo democrático de consulta e discussão para a elaboração de uma nova política para a área de alimentação e nutrição, que definiu as obrigações do setor Saúde para o alcance da segurança alimentar e nutricional. Essa iniciativa contou com a participação da sociedade civil, por intermédio de várias organizações, instituições acadêmicas e de pesquisa na área, do setor produtivo da área de alimentos, dos diferentes órgãos e instâncias de governo, além da comunidade internacional. O processo culminou com a aprovação, em 1999, da PNAN (Ministério da Saúde, 1999b). Iniciou-se, aí, um novo ciclo de gestão governamental na área da alimentação e nutrição, introduzindo-se um discurso mais coerente e pertinente à problemática da transição nutricional (Ministério da Saúde, 2006c).

São sete as diretrizes programáticas da PNAN: 1. Estímulo a ações intersetoriais; 2. Garantia da segurança e qualidade dos alimentos; 3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional; 4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; 5. Prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais; 6. Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação e desenvolvimento; 7. Capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição. Tais diretrizes deixam claro que o entendimento do governo federal sobre o problema alimentar e nutricional do país passou a transcender a visão segundo a qual a questão da privação alimentar tem como causa básica a pobreza e ampliou sua abordagem para os problemas relacionados ao aumento de peso da população, propondo como estratégia fundamental a promoção da alimentação saudável. A PNAN reforça a abordagem da dupla carga de doenças, ressalta a importância da abordagem multidisciplinar e intersetorial e antecipa a discussão sobre temas e recomendações que só mais tarde, em 2004, viriam a ser apresentadas, formalmente, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), quando da divulgação da Estratégia Global para a Alimentação Saudável e Atividade Física (WHO, 2004).

Durante o processo de discussão e elaboração da PNAN (1998-1999), foi criada a Área Técnica de Alimentação e Nutrição (Atan), que alcançou, em 2001, o *status* de Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), no âmbito do Departamento de Atenção Básica à Saúde do Ministério da Saúde.

Para aferir a coerência entre o discurso e a prática de um governo, é preciso buscar a programação orçamentária, que traduz as reais intenções dos gestores governamentais. Nota-se, por exemplo, a importância dada ao tema da alimentação e nutrição no Ministério da Saúde com a criação do Programa Alimentação Saudável, no Plano Plurianual (PPA) do governo federal para o período de 2000 a 2003. No ano de 2002, o orçamento desse programa aprovado pelo Congresso Nacional atingiu o seu valor máximo, com o montante de 412,9 milhões de reais, e o total executado nesse exercício foi de 253,7 milhões (61%). Esse programa foi continuado para o PPA seguinte (2004-2007), embora com recursos bastante inferiores: 21,7 milhões para o exercício de 2006 (Siafi, 2003). Observe-se que aqui estão sendo citados apenas os recursos alocados para as ações de alimentação e nutrição (Programa Alimentação Saudável), sob coordenação da CGPAN do Ministério da Saúde. Cabe esclarecer, ainda, que a redução expressiva se deu, a partir de 2004, em função da transferência dos recursos do então Programa Bolsa Alimentação (PBA) para o Bolsa Família (PBF), coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) (CGPAN, 2004).

Desde 2003, novas estratégias vêm compondo a agenda do governo federal na área de alimentação e nutrição e ampliando-se para outros setores, principalmente no MDS. Assumiu-se um discurso de combate à pobreza e eliminação da fome, enfatizando-se a sinergia entre ambas. Durante o primeiro mandato do presidente Lula (2003-2006), priorizou-se um conjunto de ações conhecido como Programa Fome Zero, cuja ação mais importante, tanto em termos orçamentários como políticos, é o programa de transferência de renda Bolsa Família. Nesse período, nota-se um deslocamento das prioridades em alimentação e nutrição, da esfera da saúde para os setores responsáveis pela política social, e novos conceitos são incorporados ao discurso oficial, tais como segurança alimentar e nutricional, direito humano à alimentação adequada, soberania alimentar, desenvolvimento social e inclusão produtiva.

A criação do MDS, em janeiro de 2004, teve como objetivos a integração das políticas de assistência social e a redução da pobreza, conforme explicitado na lei de criação do órgão (Brasil, 2004). Esse ministério nasceu com forte prestígio político e ocupou, em certo sentido, o espaço político que nos anos 70 foi ocupado pelo Inan, como órgão coordenador dos principais programas sociais de então. Entretanto, a desejável articulação com outros setores como Saúde e Educação, em prol de uma agenda harmonizada e complementar de combate à pobreza, inclusão social e promoção da saúde, ainda não se efetivou. As três pastas – Saúde, Educação e Desenvolvimento Social – executaram, em 2005, um orçamento total de R\$ 76 bilhões de reais (cerca US\$ 34,8 bilhões), o correspondente a 3,9% do PIB (Vaitsman, 2006). Tais valores representam, sem dúvida nenhuma, um enorme potencial institucional para a promoção do desenvolvimento social, a depender da capacidade de articulação dos seus gestores e de sua correta destinação.

Cabe ressaltar que o Consea, recriado no primeiro ano de governo Lula (2003) como Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, tem feito diversas tentativas de articulação entre os ministérios e de participação democrática na ampliação da segurança alimentar e nutricional no país. Nesse processo, teve atuação importante na formulação e aprovação da Lei de Segurança Alimentar e Nutricional e na construção do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Brasil, 2006f). A criação dessa lei e desse sistema integra um cenário propício para a construção de uma agenda intersetorial mais articulada e complementar na área.

Os Programas Federais de Alimentação e Nutrição

A seguir estão descritos alguns dos principais programas existentes ou desenvolvidos a partir de meados dos anos 80. Alguns desses programas já foram extintos, mas julgou-se importante incluí-los neste capítulo pela dimensão e relevância que assumiram à época. Outros programas estão citados porque ainda vigentes e por se constituírem em espaço potencial para a abordagem da promoção da alimentação saudável, se reordenados para a incorporação de intervenções mais efetivas no enfrentamento dos problemas advindos da transição nutricional.

O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam)

A promoção da amamentação é uma ação prioritária no campo das políticas públicas de alimentação e nutrição e está detalhada no capítulo 24, “Amamentação: evidências científicas e ações para incentivar sua prática”.

Desde os anos 70, esforços governamentais vêm sendo empreendidos no sentido de resgatar a amamentação no Brasil, a exemplo de movimentos internacionais similares. Em 1981, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam), coordenado pelo Inan e, desde então, diversas ações de promoção do aleitamento materno vêm sendo desenvolvidas em todo o país. O Pniam articula ações governamentais e da sociedade civil nas áreas da saúde, nutrição, educação, comunicação, legislação e trabalho, visando ao estímulo ao aleitamento materno no Brasil. O êxito desse programa é reconhecido internacionalmente (Jelliffe & Jelliffe, 1988; Brasil, 2003).

O Brasil teve papel protagonista na 54^a Assembléia Mundial de Saúde, em 2001, quando apresentou uma proposta de resolução recomendando o aleitamento materno exclusivo por seis meses, e não mais por um período variável de quatro a seis meses. A proposta brasileira foi aprovada por unanimidade pelos estados-membros presentes.

Entre as ações que vêm sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde em conjunto com as secretarias de Saúde e a sociedade civil, além de ações de *marketing* social e campanhas educativas, destacam-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC (Brasil, 2005a), a Rede de Bancos de Leite Humano (BLH), a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (Iubaam) e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL).

A IHAC, lançada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) em 1992 em âmbito mundial, visa ao estímulo ao cumprimento, nas maternidades, de medidas básicas e fundamentais para promover a amamentação desde o momento do nascimento (WHO/Unicef, 1992). No Brasil, atualmente 335 unidades hospitalares estão credenciadas como Hospitais Amigos da Criança.

A Rede de BLH tem por objetivo apoiar as mães na promoção e no manejo do aleitamento materno, realizando atividades de coleta do excedente da produção láctea, pasteurização e controle de qualidade do leite humano coletado e sua posterior distribuição gratuita para recém-nascidos de baixo peso, prematuros e enfermos, impedidos de ser amamentados por suas próprias mães (Maia, 2006). A Rede de Bancos de Leite Humano (BLH) do Brasil é a maior e mais complexa do mundo, contando com 187 bancos e 29 postos de coleta de leite humano em funcionamento no país.

A Iubaam visa a complementar a IHAC e propõe para a rede básica de saúde um conjunto de procedimentos e rotinas para a promoção da amamentação (Oliveira & Camacho, 2002; Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2006).

A NBCAL constitui-se em importante instrumento legal para a regulação da promoção comercial e o uso apropriado dos alimentos que estão à venda como substitutos ou complementos do leite materno, bem como de bicos, chupetas e mamadeiras (Conselho Nacional de Saúde, 1992).

Uma recente conquista de todos os profissionais e entidades que atuam na promoção do aleitamento materno foi a promulgação da lei n. 11.265, em 4 de janeiro de 2006, que regulamentou a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também de produtos de puericultura correlatos.

A Distribuição de Alimentos e a Promoção de Acesso aos Serviços de Atenção Básica à Saúde: o Programa Leite é Saúde (PLS) e o Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN)

O Programa Leite é Saúde (PLS), criado pelo Ministério da Saúde em 1993, visava ao controle da desnutrição em crianças com idade abaixo de dois anos e do baixo peso em gestantes por meio da suplementação

alimentar com leite integral e óleo de soja para grupos em risco nutricional, definido com base em indicadores antropométricos. Essa suplementação era feita pela rede básica de saúde, associada às ações de cuidados básicos e acompanhamento nutricional. A aquisição dos alimentos era feita pelos municípios com recursos advindos do governo federal (Ministério da Saúde, 1993).

O desenho do PLS concretizou dois avanços importantes, que programas anteriores não alcançaram: definiu um grupo populacional mais focalizado, de maior vulnerabilidade biológica, com maior capacidade de resposta à intervenção, e vinculou a suplementação às ações básicas de saúde. Com isso, contribuiu para o desenvolvimento de uma cultura institucional segundo a qual o controle da desnutrição não dependia exclusivamente da melhoria das condições de vida da população e cabia ao sistema de saúde a missão intransferível de cuidar de forma diferenciada dos grupos em maior risco nutricional (Castro, 1999).

Em 1998, o PLS foi substituído pelo Incentivo de Combate às Carências Nutricionais (ICCN), que preservou, em linhas gerais, o desenho programático de seu antecessor e o aperfeiçoou em vários aspectos (Brasil, 1997, 1998a, 1998b). Em primeiro lugar, o montante de recursos a ser repassado a cada município passou a ser calculado nos termos de modelos preditivos de desnutrição, baseados em dados de censos demográficos e em pesquisas epidemiológicas. O resultado foi a diminuição (em termos proporcionais e absolutos) do montante repassado a grandes centros urbanos e o aumento daquele repassado a municípios onde a prevalência da desnutrição era alta. Garantia-se, assim, uma mudança histórica na distribuição de recursos voltados para programas de nutrição que contribuía para a diminuição das desigualdades entre cidades, estados e regiões.

Segundo, o repasse dos recursos federais passou a ser feito não mais por intermédio de convênios, mas sim diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais de Saúde, como parte integrante do Piso de Atenção Básica (PAB), com acompanhamento dos conselhos municipais de Saúde. Isso implicou maior agilidade na transferência do recurso, garantindo continuidade e regularidade das aquisições dos alimentos, e extinguiu procedimentos burocráticos e conflitos de interesses entre gestores.

Um terceiro avanço foi a inclusão de uma ação de nutrição no PAB, fortalecendo a premissa de que o cuidado oferecido a grupos em risco nutricional é um componente central desta atenção.

O quarto avanço do ICCN em relação ao PLS foi o fato de prever que uma parcela dos recursos repassados poderia ser utilizada para a suplementação com ferro ou outros micronutrientes, para a promoção do aleitamento materno e para ações que beneficiavam outros grupos de risco nutricional, como filhos de mulheres com diagnóstico de HIV positivo e idosos de baixo peso.

Dados provenientes do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) para a região Nordeste mostraram uma aceleração no declínio das taxas de desnutrição na região após a implantação do ICCN. Entre abril de 1999 e maio de 2000, o risco nutricional foi reduzido em 15%, quando a tendência histórica então verificada era de um declínio médio de 5% ao ano (Ministério da Saúde, 2002).

Em contrapartida, um estudo encomendado pelo Ministério da Saúde demonstrou que o leite era o alimento básico e não um alimento adicional, como se esperava, constituindo-se na principal fonte de nutrientes e energia para as crianças. Como consequência, a dieta era monótona, hiperprotéica, rica em cálcio e marcadamente deficiente em ferro e zinco (Santos, 2003). Estudos como esse corroboraram a necessidade de modernização e ampliação do programa para que este, além da recuperação nutricional, promovesse uma dieta diversificada e saudável. O desdobramento disso foi a formulação de um programa que promovesse a autonomia das famílias, garantindo, no lugar da distribuição de alimentos, a transferência direta de recursos, para que as próprias famílias pudessem adquirir os alimentos necessários ao reforço da alimentação de crianças, gestantes e nutrízes. Como resultado, foi criado em 2001 o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Saúde, chamado Programa Bolsa Alimentação (Brasil, 2001).

As Políticas de Transferência de Renda: os programas Bolsa Alimentação (PBA) e Bolsa Família (PBF)

Programas de transferência monetária já existem no Brasil desde a década de 90 do último século, especialmente se considerados nesta categoria aqueles que contemplam os direitos sociais estabelecidos na Constituição de 1988, como os Benefícios de Prestação Continuada (BPC) e a Renda Mensal Vitalícia (RMV). Os dois primeiros programas de renda mínima do país foram implementados na área da Educação, pela prefeitura de Campinas, SP, e pelo governo do Distrito Federal, em 1995. Em 2001, o governo federal formulou um programa nacional, com função diversa daquela estritamente atribuída à previdência social, o Programa Bolsa Escola. Este programa era vinculado ao Ministério da Educação e tinha como objetivos fomentar a frequência da criança na escola e contribuir com a redução da pobreza. Abriu-se aí uma janela de oportunidade política para a formulação do PBA, no Ministério da Saúde, com objetivo semelhante ao da Educação, qual seja, reforçar o vínculo dos participantes com os serviços de atenção básica à saúde.

O PBA representou uma mudança de paradigma na intervenção governamental no campo da alimentação e nutrição, a qual, conforme já mencionado, se dava por intermédio de programas de distribuição de alimentos e/ou suplementos. O PBA visava à redução e à prevenção da desnutrição e da mortalidade infantil por meio da transferência direta de renda vinculada à contrapartida da família na forma de participação em ações básicas de saúde tais como imunização, pré-natal, atividades educativas em saúde e nutrição e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento. Os critérios de elegibilidade do programa combinavam renda *per capita* com o risco nutricional dos potenciais titulares de direito (gestantes, nutrizes e crianças de até 6 anos de idade).

O PBA trouxe importantes inovações em termos de desenho programático, na medida em que apresentou uma nova estratégia para estreitar o vínculo entre as famílias e os serviços de atenção básica à saúde e valorizou o protagonismo feminino na família, uma vez que o cartão magnético para o saque, na rede bancária local, do recurso mensal repassado era entregue preferencialmente para a mulher. Cada família participante do programa recebia uma transferência mensal de R\$ 15,00 a R\$ 45,00, dependendo do número de filhos. Em 2002, penúltimo ano de implementação do programa, a CGPAN teve alocado no seu orçamento para este programa um total de R\$ 300 milhões, atendendo cerca de 1,3 milhão de famílias (Siafi, 2003). Esse foi, desde a extinção do Inan, o maior orçamento que a área de alimentação e nutrição recebeu no âmbito do orçamento geral do Ministério da Saúde.

O PBF promove o acesso à alimentação por meio da garantia de uma renda mínima mensal às famílias. Ele transfere renda direta às famílias, condicionando a transferência ao cumprimento de ações básicas de saúde e educação. Está destinado às famílias com renda *per capita* de até R\$ 120,00 mensais, e o valor do benefício pode variar entre R\$ 15,00 e R\$ 95,00 por mês, a depender da situação de renda e da existência de crianças, adolescentes, gestantes e/ou nutrizes.

O PBF é uma política prioritária do governo Lula para o combate à fome e à pobreza, e foi organizado a partir da reestruturação e unificação dos programas de transferência então existentes (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás e Programa Nacional de Acesso à Alimentação), mantendo-se a mesma lógica de captação, cadastramento e repasse de recursos aos titulares de direito do programa. Até fins de 2006, o programa atendia 11,1 milhões de famílias, totalizando cerca de 45 milhões de pessoas, ou 25% da população do país. As famílias inscritas no programa recebem um valor médio de R\$ 60,00 por mês; destas, cerca de 94% pertencem a dois quintis de mais baixa renda, o que demonstra uma adequada focalização do programa (Ministério do Desenvolvimento Social, 2006a).

Os resultados da Chamada Nutricional, realizada em 2005 pelo MDS, sugerem um efeito protetor do programa no estado nutricional das crianças da região do Semi-Árido. Entre as crianças menores de 5 anos que recebiam transferência de renda, a prevalência da desnutrição era 30% menor do que a daquelas não contempladas por

este programa. O grupo etário de 6 a 11 meses pareceu ser o mais beneficiado, pois apresentou uma prevalência 62% menor (Ministério do Desenvolvimento Social, 2006b).

Além do PBF, o MDS desenvolve outros programas relacionados à promoção da segurança alimentar e nutricional. São eles: Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti); Benefício de Prestação Continuada (BPC); Programa de Aquisição de Alimento (PAA); Construção de Cisternas; Distribuição de Cestas de Alimentos; Hortas Comunitárias; Cozinhas Comunitárias; Restaurantes Populares; Educação Alimentar e Bancos de Alimentos.

Programas de Fornecimento de Refeições a Públicos Específicos: o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT)

O PNAE é o mais antigo programa da área de alimentação e nutrição. Foi criado em 1954, no fim do governo Vargas. O direito à alimentação escolar para todos os alunos do Ensino Fundamental foi assegurado pela Constituição de 1988. Em 1997, o PNAE passou a ser gerenciado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), vinculado ao Ministério da Educação, quando foi extinta a Fundação de Assistência ao Estudante (FAE).

O PNAE era executado de forma centralizada, isto é, a compra e a distribuição de alimentos eram feitas pelo órgão nacional. Essa estratégia se mostrou altamente ineficiente, pois o controle de qualidade, o armazenamento e o transporte dos produtos eram atividades de custos altíssimos. Além disso, o programa era suscetível a desvios e corrupção, acarretando falta da merenda nas escolas e reduzindo o número de dias de atendimento. Em 1993, iniciou-se um processo de descentralização do PNAE, passando-se a transferir, automaticamente, os recursos financeiros aos estados e municípios, sem necessidade de convênio.

O PNAE é um dos programas federais com enorme potencial para o desenvolvimento de uma agenda de promoção da saúde e da alimentação saudável. Esforços consistentes vêm sendo feitos pelo programa, o que pode ser comprovado pelas seguintes medidas:

- 1) Aumento substancial dos valores *per capita* para fins do repasse dos recursos para alunos de ensino pré-escolar e fundamental (de R\$ 0,06 para R\$ 0,13), com valores superiores para alunos de comunidades indígenas (R\$ 0,34 *per capita*) e de creches públicas e filantrópicas (R\$ 0,18 *per capita*).
- 2) Publicação da portaria interministerial n. 1.010, de 8 de maio de 2006, assinada pelos ministros da Saúde e da Educação, instituindo as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de Educação Infantil, Fundamental e de Ensino Médio das redes pública e privada, em âmbito nacional, detalhada adiante.
- 3) Envio ao Congresso Nacional de projeto de lei da Alimentação Escolar, que propõe a extensão da alimentação escolar para a educação de jovens e adultos e de alunos de Ensino Médio, além de incluir como responsabilidade do Estado as escolas comunitárias pertencentes às organizações da sociedade civil pública.
- 4) Os esforços dos seus atuais gestores, no âmbito administrativo, para a inclusão do PNAE no próximo plano plurianual do governo federal como um programa específico, e não como componente de um outro programa (no caso, o Programa Brasil Escolarizado), como ocorre atualmente, visando ao fortalecimento e à ampliação de suas atividades. A situação atual tem restringido as atividades, basicamente, à compra de gêneros alimentícios. As novas ações pretendidas buscam priorizar:

- a) Capacitação dos agentes envolvidos no PNAE.
- b) Desenvolvimento de projetos e pesquisas para subsidiar as ações do PNAE.
- c) Implementação, desenvolvimento e ampliação dos centros colaboradores de alimentação escolar para desenvolvimento de ações intersetoriais, especialmente das áreas de educação e saúde.
- d) Ampliação da rede de cooperação técnica internacional para implementação de programas de alimentação escolar em países latino-americanos e africanos.

O PAT, instituído em 1976, foi destinado ao atendimento de trabalhadores de baixa renda. É, a exemplo do PNAE, um dos mais antigos programas da área ainda vigentes. Está estruturado na parceria entre governo, empresa privada e trabalhador, e tem como unidade gestora a Secretaria de Inspeção do Trabalho do Departamento de Segurança e Saúde do Ministério do Trabalho. Ele faculta às pessoas jurídicas e físicas a dedução das despesas com alimentação dos seus trabalhadores em até 4% do Imposto de Renda devido. Seu objetivo é melhorar as condições nutricionais dos trabalhadores, esperando-se impactos positivos na qualidade de vida, na redução de acidentes de trabalho e no aumento da produtividade laboral. O benefício concedido ao trabalhador não pode ser em espécie (dinheiro). Em outubro de 2006, o programa contava com a adesão de 104.084 empresas e com 5.644 fornecedores atendendo a 9.062.837 trabalhadores, dos quais cerca de 40% residentes no estado de São Paulo (Ministério do Trabalho, 2006).

Merece destaque uma mudança recente no desenho do programa: os parâmetros nutricionais para as refeições fornecidas em seu âmbito foram atualizados de forma a se adequarem ao atual perfil nutricional da população (Brasil, 2006e). Este programa representa uma importante janela de oportunidade para a promoção da alimentação saudável no ambiente de trabalho, ainda não suficientemente explorada.

Programas de Controle e Prevenção de Carências de Micronutrientes: ferro, vitamina A e iodo

A descrição da relevância das carências de ferro e vitamina A na agenda da saúde pública está detalhada em capítulos deste livro intitulados “Epidemiologia da anemia ferropriva” e “Epidemiologia da hipovitaminose A e xerofthalmia”.

O controle da anemia por deficiência de ferro, embora previsto em todos os planos de governo da área de alimentação e nutrição, nunca foi implantado em escala nacional e nem obteve resultados animadores. Todas as ações então propostas estavam baseadas na prática clínica na rede básica de saúde, ou seja, o foco da suplementação era o tratamento, e não a prevenção da anemia.

Em 1999, o governo brasileiro, as sociedades civil e científica, alguns organismos internacionais e as indústrias brasileiras firmaram o Compromisso Social para a Redução da Anemia Ferropriva no Brasil. As ações decorrentes desse pacto foram reforçadas pela PNAN, aprovada nesse mesmo ano, que definiu como ações prioritárias a fortificação das farinhas de trigo e de milho com ferro, a suplementação com sais de ferro para grupos vulneráveis e atividades voltadas para a orientação alimentar e nutricional, em consonância com o recomendado por organismos internacionais (Unicef/UNU/WHO, 1998; Ministério da Saúde, 1999a; WHO, 2001).

Em relação à ação de fortificação, foi publicada, em 2002, a resolução n. 344 da Anvisa, que tornou obrigatória a adição de ferro e de ácido fólico nas farinhas de trigo e nas farinhas de milho pré-embaladas e prontas para oferta ao consumidor e nas destinadas a uso industrial, incluindo as de panificação e as farinhas adicionadas nas pré-misturas, devendo cada 100 g de farinha fornecer no mínimo 4,2 mg de ferro e 150 mcg de

ácido fólico (Anvisa, 2002). A medida só entrou em vigor em junho de 2004, em função de prazos estipulados para as empresas se adequarem ao processo de fortificação.

Quanto à ação de suplementação com sais de ferro, iniciou-se, em 2006, a implementação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (Ministério da Saúde, 2005). Coordenado pela CGPAN, consiste na suplementação universal profilática com sulfato ferroso em dose-padrão dirigida a todas as crianças de 6 a 18 meses de idade, gestantes a partir da vigésima semana e mulheres até o terceiro mês pós-parto. A distribuição do produto é feita na rotina das unidades de saúde.

Está prevista a distribuição dos suplementos de ferro às unidades de saúde do SUS em todos os municípios brasileiros, com base no número estimado de crianças e mulheres a serem abrangidas pela ação. Este programa traz duas inovações que merecem destaque. A primeira foi a adoção de um novo sulfato ferroso, desenvolvido por Farmanguinhos/Fiocruz e apresentado na forma de xarope, com características sensoriais (sabor, textura, cor) melhores que as dos produtos tradicionalmente usados na rotina na rede básica de saúde. Essa inovação teve por objetivo melhorar a adesão dos usuários à suplementação.

A segunda inovação foi a definição de que a suplementação seria universal (sem triagem prévia de casos de risco) e profilática, com uma dosagem padrão. Isso simplificou enormemente sua operacionalização, modificando a tradição de suplementação na rede básica de saúde que, conforme já comentado, estava focada exclusivamente no tratamento da anemia.

Para que o programa atinja plenamente seus objetivos, é necessário que: a) sua implementação se dê, em todas as esferas de governo, por meio da integração das áreas de nutrição, saúde da criança e atenção básica (incluindo o PSF, Programa Saúde da Família), que ainda estão pouco articuladas para esta ação; b) seja ampliada a escala de produção do sulfato ferroso adotado pelo programa, de forma a garantir cobertura e regularidade no fornecimento do produto; c) sejam desenvolvidos e difundidos instrumentos facilitadores de práticas de orientação alimentar que complementem a suplementação e d) sejam revisados aspectos de seu desenho em função de estudos de avaliação de operacionalização e de impacto do programa (Engstrom, 2006).

O controle da hipovitaminose A vem sendo feito, desde os anos 80, por meio de suplementação com megadoses de vitamina A, hoje estruturada no Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (Brasil, 2005b, 2005c). Este programa é executado pelos estados e municípios com o objetivo de erradicar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar), residentes em regiões consideradas de risco. No Brasil, são consideradas áreas de risco a região Nordeste, o Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, e o Vale do Ribeira, em São Paulo. O programa está regulamentado pela portaria ministerial n. 729, publicada em 13 de maio de 2005, pelo Ministério da Saúde.

O controle da deficiência de iodo é feito por meio da iodação de todo o sal produzido no país, mediante parceria entre a CGPAN, a Anvisa e o setor produtivo (Brasil, 2005d, 2006c). A portaria n. 2.362, de 1 de dezembro de 2005, do Ministério da Saúde, estrutura o Programa Nacional de Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo (DDI) e define as atribuições de cada órgão.

Desde que a adição de iodo no sal foi determinada na década de 1950, o Ministério da Saúde realizou quatro pesquisas para avaliar o impacto e a eficácia das conseqüências desta intervenção no Brasil. Tais pesquisas registraram significativa redução nas prevalências de bócio em todo o país (Opas, 2002). No entanto, há ainda necessidade de aperfeiçoamento das ações de prevenção, controle e monitoramento do programa.

A OMS aprovou na 58ª Assembléia Mundial de Saúde a resolução WHA 58.60, que recomenda aos países o monitoramento da situação nutricional referente ao iodo a cada três anos (WHO/Unicef/ICCIDD, 2001; WHO, 2005). A CGPAN está propondo a realização de um novo estudo de base populacional, de abrangência nacional, com a finalidade de avaliar o impacto da iodação do sal produzido no Brasil. A pesquisa permitirá avaliar se a iodação do sal oferecido à população é capaz de fornecer a quantidade necessária de iodo para prevenir e controlar os DDI sem risco de ocorrência de doenças associadas ao consumo excessivo deste micronutriente.

As Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição diante da Transição Nutricional no Brasil: desafios e possibilidades

Como em outros países em desenvolvimento, a transição nutricional no Brasil é marcada pela presença concomitante de desnutrição, obesidade e doenças carenciais específicas ligadas à má alimentação. No campo das políticas públicas, a resposta mais adequada a esse cenário é a construção de uma agenda única de promoção da alimentação saudável, entendendo-se tal estratégia como a que melhor condiz com o complexo perfil nutricional de nossa população. Em linhas gerais, essa agenda única abarca basicamente a promoção da amamentação e da alimentação complementar oportuna e adequada, do aumento do consumo de Frutas, Legumes e Verduras (FLV), do consumo de feijão com arroz, da diminuição do consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas e trans, açúcares e sal e a valorização dos alimentos regionais e da cultura alimentar local (Ministério da Saúde, 2006b). Além da alimentação saudável, promover atividades físicas no cotidiano é ação amplamente reconhecida como imprescindível para a prevenção e o controle da obesidade e para a promoção de uma vida saudável (WHO/FAO, 2003).

Dada a complexidade do quadro epidemiológico atual e de seus determinantes, uma única medida não é suficiente para melhorar o perfil nutricional de nossa população. Ao contrário, para que as políticas públicas de promoção da alimentação saudável sejam efetivas, elas devem integrar ações de incentivo, apoio e proteção às escolhas saudáveis (Ministério da Saúde, 2006a). Entendem-se aqui como de 'incentivo' as ações que difundem informação e motivam os indivíduos para a adoção de práticas saudáveis; como ações de 'apoio', aquelas que visam a facilitar opções saudáveis entre pessoas que já estejam motivadas, e como ações de 'proteção' aquelas que visam a evitar a exposição de indivíduos e coletividades a fatores que estimulem práticas não saudáveis.

Além da integração das vertentes aqui citadas, a efetividade dessas políticas públicas pressupõe, também, que elas abarquem ações dirigidas tanto ao ambiente quanto aos indivíduos, superando duas concepções que, tradicionalmente, permeiam as ações desenvolvidas nesta área. A primeira vê os determinantes estruturais como dados que não podem ser mediados ou modificados. São expressões desta concepção as seguintes assertivas: por um lado, em um contexto de pobreza, não há como melhorar os hábitos alimentares nem o estado nutricional da população; por outro, no contexto da família urbana contemporânea, não há como interferir na globalização da produção e oferta de alimentos e na ampliação da sociedade de consumo.

De acordo com a segunda concepção, uma vez garantidas condições minimamente dignas de vida, as práticas alimentares inadequadas e suas conseqüências são fruto, exclusivamente, da vontade (força/falta de) de cada pessoa. A superação dessas concepções implica reconhecer a função do Estado e a capacidade das políticas públicas em diminuir as iniquidades sociais em favor do bem comum, da saúde da população e da sustentabilidade do planeta, mesmo que para isso sejam necessárias medidas que se contraponham aos interesses econômicos de grandes corporações. Implica, também, reconhecer que as escolhas alimentares são fruto de processos complexos construídos em diferentes contextos históricos e influenciados pelas dimensões física, econômica e sociocultural do ambiente (Swinburn et al., 1999; Valente, 2002).

Nessa perspectiva, as medidas dirigidas ao ambiente devem promover práticas ecologicamente sustentáveis na cadeia alimentar (Consea, 2004) e, ao mesmo tempo, transformar o ambiente obesogênico em que as pessoas vivem em um ambiente promotor da saúde. Alguns exemplos de medidas de promoção da alimentação saudável dirigidas ao ambiente são: a taxação e o conseqüente aumento de preço dos produtos ricos em gorduras, açúcares e sal; a revisão dos subsídios à produção de alimentos, valorizando-se a produção de FLV e os processos produtivos ecologicamente sustentáveis; a regulamentação da publicidade de alimentos; a regulamentação da venda e propaganda de alimentos no ambiente escolar e a implementação de medidas que facilitem o acesso físico a FLV em programas públicos de alimentação (como o PNAE), em ambientes de trabalho e em áreas (bairros, comunidades) com pouco ou nenhum acesso a esses alimentos.

As medidas dirigidas aos indivíduos, por sua vez, devem abranger ações que visem à ampliação do nível de conhecimento da população sobre alimentação, à valorização da cultura alimentar, à promoção da cidadania e ao desenvolvimento de habilidades que ampliem sua autonomia nas escolhas alimentares e na preparação de refeições saudáveis.

Esses são alguns exemplos de ações possíveis. Os diferentes setores da sociedade (poderes Executivo, Legislativo, Judiciário, sociedade civil organizada, instituições acadêmicas) desempenham papéis distintos e complementares no planejamento e implementação dessas medidas de incentivo, apoio e proteção à alimentação saudável. A experiência tem demonstrado que a ação em parceria contribui para a consolidação de medidas consistentes, inovadoras e condizentes com o complexo perfil epidemiológico de nossa população.

Alguns Exemplos de Ações já Desenvolvidas

Inúmeras e inovadoras ações vêm sendo desenvolvidas em diferentes locais do país. No campo das ações de ‘incentivo’ à alimentação saudável, merece destaque a publicação do *Guia Alimentar para a População Brasileira* (Ministério da Saúde, 2006b). Assemelhado a guias publicados nos últimos anos em outros países e lançado pela CGPAN em 2005, esse documento estabelece as diretrizes alimentares a serem utilizadas na orientação de escolhas mais saudáveis de alimentos da população. Sua construção partiu dos seguintes princípios: abordagem integrada (visando à prevenção da desnutrição e de outras deficiências nutricionais bem como da obesidade e ao aumento da resistência a muitas doenças infecciosas); referencial científico e cultura alimentar (evidências científicas em relação aos princípios de uma alimentação adequada); referencial positivo (ênfase nos atributos, vantagens e ações factíveis para a adoção de uma alimentação saudável, em vez de focar ações que não devem ser realizadas); explicitação e variação de quantidades (sempre que possível, as recomendações são quantificadas e expressas com uma margem de variação); alimentos como referência (foco em alimentos e bebidas mais do que em componentes nutricionais); sustentabilidade ambiental (valorização da produção e do processamento de alimentos que empreguem tecnologias e recursos ambientalmente sustentáveis); originalidade (dirigido à população brasileira com base em sua cultura alimentar); abordagem multifocal (recomendações dirigidas à população em geral, aos governos ou indústrias, a profissionais da saúde e a famílias).

No campo das ações de ‘apoio’, merece destaque a ‘rotulagem nutricional obrigatória para alimentos e bebidas embalados’. Regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), inicialmente em março de 2001, essa iniciativa visa a facilitar a escolha de alimentos saudáveis por meio de informações contidas nos rótulos, permitindo ao consumidor exercer o direito de conhecer a composição do alimento que está comprando e o que está comendo (Anvisa, 2001a, 2001b, 2003a). Ajustes foram feitos nos últimos anos com a intenção de tornar essa iniciativa mais adequada à inclusão de novos itens nos componentes nutricionais listados (p. ex., gordura trans) e aos mecanismos comerciais internacionais (exemplo: regras do Mercosul) (Anvisa, 2003b).

No campo das ações de ‘proteção’, cabe destacar a publicação de ‘regulamento’ técnico da Anvisa que se aplica “à oferta, propaganda, publicidade, informação e a outras práticas correlatas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção de alimentos com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio e de bebidas com baixo teor nutricional” (Anvisa, 2006, grifos nossos).

As ações aqui citadas são exemplos concretos da implementação de pelo menos duas diretrizes da PNAN, a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis e a prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição. São exemplos, também, da implementação das diretrizes de promoção da alimentação saudável inseridas na Estratégia Global de Alimentação, Atividade Física e Saúde, aprovada em maio de 2004 na 57ª Assembléia Mundial da Saúde, da qual o Brasil foi signatário (WHO, 2004).

Ações de Monitoramento do Estado Nutricional da População e de Fatores a Ele Associados

O conhecimento da magnitude e da distribuição social e geográfica dos eventos de interesse para a área de alimentação e nutrição, bem como o monitoramento das tendências temporais desses eventos são ações fundamentais para o planejamento, a avaliação e o redirecionamento de políticas públicas. No Brasil, essas ações vêm sendo desenvolvidas mediante a combinação de duas vertentes de iniciativas: por um lado, a realização de estudos nacionais e regionais de base populacional e, por outro, a implementação de sistemas de informação, vigilância e monitoramento de eventos específicos ou de implementação de políticas e programas (Quadro 2).

Quadro 2 – Inquéritos de base populacional sobre alimentação, nutrição e saúde segundo evento estudado e ano do estudo. Brasil, 1974-2007

Ano	Carências de micronutrientes	Consumo alimentar	Disponibilidade de alimentos	Antropometria	Indicadores de saúde
1974		Endef		Endef	
1976					AMS
1986				PNDS/DHS 1	PNDS/DHS 1
1987			POF		
1989				PNSN	PNSN
1990					AMS
1991				PNDS/DHS 2	PNDS/DHS 2
1992					AMS
1996		Multicêntrico	POF	PNDS/DHS 3	PNDS/DHS 3
1997				PPV	
1998					PNAD
1999					AMS
2002					AMS
2003		PMS/WHS	POF	POF PMS/WHS	PMS/WHS
2004					
2005				Chamada Nutricional - MDS	
2006	PNDS/DHS 4 ^(a)				PNDS/DHS 4 ^(a)
2007		POF ^(b)	POF ^(b)		
Total	1	3	4	8	12

AMS - Assistência Médico-Sanitária (IBGE, 2005).

Endef - Estudo Nacional de Despesas Familiares (IBGE, 1980).

Multicêntrico (Galeazzi, Domene & Sichieri, 1997).

PMS/WHS - Pesquisa Mundial de Saúde, World Health Survey (Szwarcwald et al., 2004).

PNAD - Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (IBGE, 2006).

PNDS/DHS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde/Demographic and Health Survey (Bemfam/IBGE/MS/DHS/FNUAP/Unicef, 1997).

PNSN - Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (Ministério da Saúde, 1989).

POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE/MS, 2004, 2006).

PPV - Pesquisa de Padrões de Vida (IBGE, 1997).

(a) Inquérito em fase de análise dos dados, conclusão prevista para 2007.

(b) Inquérito em planejamento, previsto para ir a campo em 2007-2008.

Os estudos de base populacional vêm documentando o processo de transição nutricional principalmente no que diz respeito a indicadores de produção/disponibilidade dos alimentos e a indicadores antropométricos. Estudos sobre consumo alimentar efetivo e de diagnóstico por carência de micronutrientes, de abrangência nacional, embora muito importantes, são raros e devem ser considerados como prioridade em pesquisa. Encontra-se em fase de análise de dados a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS-DHS), inquérito planejado e financiado pelo Ministério da Saúde, que possui um módulo para estudar a anemia e hipovitaminose A, em amostra nacional composta por famílias que têm mulheres em idade fértil e crianças menores de 5 anos.

Não serão detalhadas, aqui, informações sobre os estudos já realizados, mas, a fim de oferecer um panorama resumido sobre eles, estão apresentados no Quadro 2 os principais inquéritos de base populacional realizados ou em curso entre os anos de 1974 e 2007, segundo o ano de realização e evento estudado, com a indicação de fontes bibliográficas para consulta. Quanto aos sistemas de informação, vigilância e monitoramento, cabe destacar, inicialmente, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), que é coordenado pelo Ministério da Saúde e tem se constituído em importante instrumento de monitoramento da situação alimentar e nutricional, em nível local.

São de meados da década de 1970 os primeiros esforços de implantação do Sisvan pelo Ministério da Saúde, vinculando-o a programas de nutrição (Castro, 1995). Em 1993, a implementação do Sisvan foi estabelecida como requisito para a adesão dos municípios ao Programa Leite é Saúde. Da mesma forma, em 1998, esse sistema foi considerado um dos pré-requisitos para adesão ao ICCN. O requisito para a permanência do município no programa era o envio regular de dados provenientes do Sisvan municipal. A partir de 1999, com aprovação da PNAN, o Sisvan foi ampliado e aperfeiçoado, de modo a estender sua cobertura a todo o país.

Com a criação do PBA em 2001, foi iniciada a construção de um sistema informatizado para a coleta de informações referentes à população usuária do SUS e beneficiária do programa a partir dos municípios. Em 2004, a CGPAN concluiu o projeto do sistema informatizado e publicou portaria (Ministério da Saúde, 2004) que instituiu e divulgou as orientações para a implementação do Sisvan, no âmbito das ações básicas de saúde do SUS, em todo o território nacional. Em agosto de 2007, o *site* do Sisvan informou que 5.222 municípios estavam incluindo dados sobre o acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, e durante o primeiro semestre deste ano foram monitoradas 4.425.320 de famílias do programa (CGPAN, 2007; Ministério da Saúde, 2007).

Outro sistema relevante é o Sistema de Nascidos Vivos (Sinasc), que, estruturado no início da década de 1990, vem sendo aperfeiçoado desde então. Ele fornece informações sobre o peso ao nascer do universo de crianças nascidas em unidades de saúde e sobre alguns fatores associados a este desfecho como, por exemplo, idade e escolaridade maternas e idade gestacional (Mello-Jorge et al., 1993).

Nos últimos anos, inspirando-se na experiência de outros países e em recomendações da OMS sobre o tema, o Brasil começou a estruturar a implementação de sistemas de monitoramento de fatores de risco à saúde com foco naqueles associados às DCNT, entre eles o consumo alimentar e a prática regular de atividades físicas.

No momento, sob coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS), estão em fase de estruturação dois sistemas, ambos baseados em amostras probabilísticas da população de interesse: um dirigido à população adulta e baseado em informações coletadas em entrevistas telefônicas, e outro dirigido à população adolescente e baseado em informações coletadas por meio de questionários preenchidos pelos próprios respondentes, aplicados na rede de ensino fundamental.

Também nos últimos anos, vem sendo implantada a Política de Avaliação e Monitoramento do MDS, iniciada desde a criação deste ministério, em 2004. A Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi) do MDS é o órgão responsável pelo sistema de avaliação e monitoramento das políticas desta pasta, cujo objetivo central é melhorar a gestão e o desempenho das políticas de desenvolvimento social.

Pelo exposto, várias iniciativas vêm sendo feitas para o monitoramento e a documentação da situação nutricional da população brasileira. Entretanto, muito ainda há que avançar e aprimorar, de modo a agilizar os processos de análise, disseminação e aplicação prática dos resultados obtidos.

Avanços Recentes na Definição de Diretrizes Nacionais para a Promoção da Saúde

Três documentos oficiais publicados recentemente expressam importantes avanços em termos de definição de diretrizes nacionais no campo da promoção da saúde. Neles, a promoção da alimentação saudável é considerada ação prioritária. De certa forma, esses dois documentos concretizam diretrizes estabelecidas na PNAN, que, como já comentado, foi um marco histórico em termos de redefinição do escopo das políticas públicas em alimentação e nutrição diante da transição nutricional.

O primeiro documento é a Política Nacional de Promoção da Saúde, publicado em março de 2006 (Brasil, 2006b). Suas diretrizes são: reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade e da melhoria da qualidade de vida e de saúde; estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde; fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário; promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e ao estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais; incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; divulgar e informar iniciativas voltadas para a promoção da saúde entre profissionais da saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e os saberes populares e tradicionais.

O segundo documento é a Política Nacional de Atenção Básica, publicado em 28 março de 2006 (Brasil, 2006a), que estabelece as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Este é um lócus estratégico, no âmbito do setor Saúde, para a implementação das ações de alimentação e nutrição.

O terceiro documento é a portaria n. 1.010, publicada em maio de 2006 pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação, que apresenta diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas (Brasil, 2006d). É dirigido a escolas públicas e privadas e apresenta cinco eixos: Educação nutricional (ações dirigidas ao currículo e ações de mobilização); Hortas comunitárias; Segurança alimentar (boas práticas tanto no programa de alimentação escolar quanto nas cafeterias/cantinas); Restrição de venda e propaganda de alimentos nas cantinas escolares; Monitoramento do estado nutricional dos estudantes.

Primeiro documento legal sobre o tema publicado em conjunto por esses dois ministérios, essa portaria fornece diretrizes muito claras para a atuação dos diferentes atores sociais no ambiente escolar, espaço privilegiado para a promoção da alimentação saudável.

Considerações Finais

A análise das políticas públicas desde os anos 80 até o presente demonstra, sem dúvida, avanços na ação governamental. Movimentos sucessivos pela descentralização da gestão foram desencadeados, acompanhados das respectivas regulamentações para o repasse direto dos recursos financeiros em nível local. Verifica-se uma mudança de paradigma no combate à pobreza e na promoção da segurança alimentar e nutricional, com a substituição de programas de distribuição de alimentos pela transferência direta de renda. Esforços concretos para a melhoria do delineamento dos programas e para a construção de uma agenda de promoção da saúde e da alimentação saudável foram feitos, embora não tenham ainda apresentado repercussão programática na maioria dos municípios do país. Contudo, é evidente que as políticas públicas não dialogam entre si e que não buscam juntar suas forças institucionais para uma agenda única mais efetiva e coerente com os problemas existentes.

O desafio que está posto para os gestores das políticas públicas de alimentação e nutrição no âmbito da saúde é, portanto, o de desenvolver, fomentar e articular ações que respondam de forma resolutiva ao dinâmico processo de transição nutricional, em um cenário socioeconômico de profundas desigualdades sociais. Para isso, é necessário aprofundar e consolidar a atuação em dois grandes eixos: o primeiro no âmbito do SUS, e o segundo em âmbito intersetorial. No contexto do SUS, a agenda que se coloca é a de estruturação e ampliação da cobertura de ações que:

- a) subsidiem e instrumentalizem a atuação dos gestores e profissionais da saúde no acompanhamento nutricional da população, permitindo o diagnóstico precoce e o manejo dos agravos nutricionais, e na promoção da saúde e da alimentação saudável;
- b) apoiem os gestores locais nas ações de promoção da segurança alimentar e nutricional, inclusive com incentivos financeiros que facilitem aos gestores cumprir as condicionalidades de saúde dos programas de transferência de renda, importantes janelas de oportunidade para a promoção da saúde e da alimentação saudável;
- c) disponibilizem mais recursos humanos e financeiros para atender às novas demandas da população que emergem do cenário da transição nutricional e desembocam nos diversos níveis de complexidade dos serviços de saúde.

No âmbito intersetorial, cabe ao setor Saúde protagonizar e influenciar processos decisórios que visem à formulação e implementação de políticas públicas voltadas para os determinantes dos agravos nutricionais, e não simplesmente para os seus desfechos, como a desnutrição e a obesidade. Para tanto, é imperativa a definição de uma instância coordenadora de uma agenda governamental, desenvolvida com enfoque multidisciplinar, coerente com o perfil epidemiológico da população e integrada às políticas já estabelecidas e reconhecidamente efetivas. Os esforços para o enfrentamento da transição nutricional devem ser concomitantes aos da redução da desigualdade social e permear a ação dos governos, do setor produtivo e da sociedade civil. O desafio é para todos.

Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC n. 39, 21 mar. 2001. Aprova a tabela de valores de referência para porções de alimentos e bebidas embalados para fins de rotulagem nutricional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 mar. 2001, 2001a.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC n. 40, 21 mar. 2001. Aprova o regulamento técnico para a rotulagem nutricional obrigatória de alimentos e bebidas embalados. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 mar. 2001, 2001b.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC n. 344, 13 dez. 2002. Aprova o regulamento técnico para a fortificação das farinhas de trigo e das farinhas de milho com ferro e ácido fólico. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 dez. 2002. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/alimentos>. Acesso em: jan. 2007.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC n. 359, 23 dez. 2003. Aprova o Regulamento Técnico sobre Rotulagem Nutricional de Alimentos Embalados, tornando obrigatória a rotulagem nutricional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 dez. 2003a.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC n. 360, 23 dez. 2003. Aprova o Regulamento Técnico sobre Rotulagem Nutricional de Alimentos Embalados, tornando obrigatória a rotulagem nutricional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 dez. 2003b.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Consulta Pública n. 71, 10 nov. 2006. Regulamento dirigido à oferta, propaganda, publicidade, informação e a outras práticas correlatas cujo objeto seja a divulgação ou promoção de alimentos com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio e de bebidas com baixo teor nutricional, quaisquer que sejam as formas e meios de sua veiculação. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 nov. 2006.
- BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM)/INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)/MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)/DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEYS (DHS)/FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (FNUAP)/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: relatório preliminar*. Rio de Janeiro: Bemfam, 1997.
- BRASIL. Portaria n. 1.882, 18 dez. 1997. Estabelece o Piso de Atenção Básica – PAB e sua composição. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 dez., n. 247-E, p. 10-11, 1997. Seção 1.
- BRASIL. Portaria n. 2.091, 26 fev. 1998. Altera dispositivos da Portaria n. 1882 de 18/12/97, que estabelece o Piso de Atenção Básica – PAB e sua composição. *Diário Oficial da União*, Brasília, 3 mar., n. 41, p. 248, 1998a. Seção 1.
- BRASIL. Portaria n. 2.409, 23 mar. 1998. Estabelece critérios e requisitos para implementação de ações de combate às carências nutricionais nos municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, 27 mar. 1998, n. 59, p. 33-62, 1998b. Seção 1.
- BRASIL. Medida Provisória n. 2.206. Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Saúde: Bolsa Alimentação. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 ago. 2001.
- BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Convenção sobre os direitos da criança. Relatório consolidado ao Comitê sobre os Direitos da Criança. Brasília, 2003.

- BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória n. 163/2004 convertida na Lei n. 10.869 de 13 maio 2004. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança. Brasília, 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 729. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 maio 2005, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília, 2005c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.362, 01 dez. 2005. Reestrutura o Programa Nacional de Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo – DDI, designado por Pró-Iodo. *Diário Oficial da União*, Brasília, 01 dez. 2005, 2005d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, 28 mar. 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 687, 30 mar. 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 mar. 2006b, n. 63, p. 138. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Manual Técnico e Operacional do Programa Nacional de Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo*. Brasília: MS, 2006c.
- BRASIL. Ministérios da Saúde e da Educação. Portaria Interministerial n. 1.010, 8 maio 2006. Institui as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 maio 2006d, n. 87, p. 70. Seção 1.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria Interministerial n. 66, 25 ago. 2006. Altera os parâmetros nutricionais do Programa de Alimentação do Trabalhador. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 ago. 2006e.
- BRASIL. Lei n. 11.346, 15 set. 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Sisan com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, 2006f.
- CASTRO, I. R. R. *Vigilância Alimentar e Nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- CASTRO, I. R. R. *Efetividade da Suplementação Alimentar na Recuperação Nutricional de Crianças: avaliação do programa “Leite é Saúde” no município do Rio de Janeiro*, 1999. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- COIMBRA, M. A. *Alimentação no Brasil*. Belo Horizonte, 1982. (Mimeo.)
- COITINHO, D. C. et al. *Condições Nutricionais da População Brasileira: adultos e idosos. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição*. Brasília: Inan/MS, 1991.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução 31, de 12 de outubro de 1992. Aprova a Norma Brasileira para a Comercialização de Alimentos para Lactentes. Brasília, 1992.

- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA NACIONAL (CONSEA). I Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Ação da Cidadania. Relatório Final. Brasília, 1994.
- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA NACIONAL (CONSEA). Princípios e diretrizes de uma política de segurança alimentar e nutricional. Textos de referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, 2004.
- COORDENAÇÃO GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (CGPAN). Relatório de Gestão – 2003. Brasília, 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br/nutricao>. Acesso em: jan. 2007.
- COORDENAÇÃO GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (CGPAN). Sisvan, Módulo de Gestão, Relatórios Consolidados, 2ª Vigência 2006. Brasília, 2007. Disponível em: <www.saude.gov.br/nutricao> Acesso em: jan. 2007.
- ENGSTROM, E. M. *Efetividade da Suplementação Diária e Semanal com Sulfato Ferroso na Prevenção da Anemia em Crianças Menores de Um Ano de Idade: um ensaio clínico randomizado por grupos*, 2006. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- GALEAZZI, M. A.; DOMENE, S. M. A. & SICHIERI, R. (Orgs.) *Estudo Multicêntrico de Consumo Alimentar*. Campinas: Nepa, 1997. (Cadernos de Debate, vol. especial).
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estudo Nacional da Despesa Familiar*. Brasília: Endef, 1980.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa sobre Padrões de Vida*. Rio de Janeiro: IBGE, 1997.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas de Saúde, Assistência Médico-Sanitária*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: segurança alimentar, 2004*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)/MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Pesquisa de Orçamentos das Famílias 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil*. Rio de Janeiro: POF, 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)/MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Pesquisa de Orçamentos das Famílias 2002-2003: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil*. Rio de Janeiro: POF, 2006.
- INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN). I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição – Pronan 1973/1974. Brasília, 1973. Biblioteca do Ministério da Saúde sob o registro MF 0784 cod. 100020073/3.
- INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN). Relatório final da I Conferência Nacional sobre Saúde e Nutrição. Brasília, 1986.
- JELLIFFE, E. P. F. & JELLIFFE, D. B. *Programmes to Promote Breastfeeding*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1988.
- KRUSE, B. G. A. O Pronan e as perspectivas no campo da alimentação e nutrição. Conferência pronunciada no III Encontro de Ciência e Tecnologia de Alimentos, promovido pela Universidade Federal Rural do Rio de

- Janeiro. Rio de Janeiro, 1979. (Mimeo.)
- MAIA, P. R. S. et al. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(3): 285-292, 2006.
- MELLO-JORGE, M. H. P. et al. Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 27, supl.: 1-44, 1993.
- MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Programa Bolsa Família. Brasília, 2006a. Disponível em: <www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Acesso em: dez. 2006.
- MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. *Chamada Nutricional: um estudo sobre a situação nutricional das crianças do Semi-Árido brasileiro*. Brasília: MDS, 2006b. (Cadernos de Estudo, 4)
- MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. Relatório nacional brasileiro para a Cúpula Mundial da Alimentação. Roma, 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição*. Brasília: MS, 1989.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa de Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional: Leite é Saúde*. Brasília: MS, 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Compromisso Social no Controle da Anemia por Carência de Ferro no Brasil*. Brasília: MS, 1999a.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. 1. ed. Brasília: MS, 1999b.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Balanço das atividades na área de alimentação e nutrição a partir de 1998. Documento interno. Brasília, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Ministerial n. 2.246 de 18 de outubro de 2004. Institui e divulga orientações básicas para o Sisvan. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 out. 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br/nutricao>. Acesso em: dez. 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual Operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro*. Brasília: MS, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Obesidade*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: MS, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, 12)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: MS, 2006b.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Mapeamento das Iniciativas de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 1999-2005: subsídios para a formulação de uma política nacional de vigilância integrada*. Brasília: MS, 2006c.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, 2007. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/sisvan.php>>. Acesso em: agosto 2007.

- MINISTÉRIO DO TRABALHO. Programa de Alimentação do Trabalhador. Disponível em: <www.trabalho.gov.br>. Acesso em: dez. 2006.
- MONTEIRO, C. A. (Org.) *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. 2. ed. aum. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000.
- MUSGROVE, P. *Programas Destinados a Melhorar el Consumo Alimenticio de Familias Pobres en el Brasil: evaluación parcial del PROAB, PNS y PCA*. Washington: OPS, 1985.
- OLIVEIRA, M. I. C. & CAMACHO, L. A. B. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5(1): 41-51, 2002.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Bibliografia sobre Deficiência de Micronutrientes no Brasil – 1990-2000*. Vol. III – Iodo e bócio endêmico. Brasília: OPS, 2002.
- PELIANO, A. M. et al. *O Problema Alimentar Brasileiro: situação atual, perspectivas e propostas de políticas*. Brasília: Ipea/CNRH, 1983. (Documento de Trabalho, 11)
- SANTOS, I. S. Use of isotope method to measure the impact on child growth of a nutritional program delivered to underweight children in Northeast, Brazil. Final report of Project RLA 7/008 IAEA. Brazil, 2003.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: manual de capacitação de multiplicadores*. Rio de Janeiro, 2006.
- SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DO GOVERNO FEDERAL (SIAFI). Programa Alimentação Saudável, Unidade 36901, Fundo Nacional de Saúde. Base de dados de 19 de janeiro de 2003. Pesquisa feita em dezembro de 2006.
- SWINBURN, B. et al. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 29: 563-570, 1999.
- SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa Mundial de Saúde: o Brasil em números. *Radis: comunicação em saúde*, (23): 14-23, 2004.
- UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF)/UNITED NATIONS UNIVERSITY (UNU)/WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preventing Iron Deficiency in Women and Children: technical consensus on key issues and resources for programme advocacy, planning and implementation*. New York: Unicef, 1998. (MI Technology Workshop)
- VAITSMAN, J. et al. *O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome*. Brasília: Unesco, 2006. (Policy Papers, 17)
- VALENTE, F. L. S. *Direito Humano à Alimentação: desafios e conquistas*. São Paulo: Cortez, 2002.
- VALENTE, F. *A Política de Insegurança Alimentar e Nutricional*. Brasília: Inesc, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Iron Deficiency Anaemia Assessment, Prevention and Control: a guide to programme managers*. Geneva: WHO, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva: WHO, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHA 58.24, Fifty-Eighth World Health Assembly. Sustaining the Elimination of Iodine Deficiency Disorders, May, Geneva, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)/FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). WHO/FAO Expert Consultation. *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. Geneva: WHO, 2003. (WHO Technical Report Series, 916)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)/THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *The Global Criteria for the Baby Friendly Hospital Initiative*. Geneva: WHO, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)/THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF)/ INTERNATIONAL COUNCIL FOR THE CONTROL OF IODINE DEFICIENCY DISORDERS (ICCIDD). *Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring their Elimination*. Geneva: WHO, 2001. (WHO/NHD/01.1)