

**CRISTINA APARECIDA BUENO ALBUQUERQUE**

**SEGURANÇA ALIMENTAR:**

*um conceito em prática?*

**CAMPINAS**

**Unicamp**

**2007**

**CRISTINA APARECIDA BUENO ALBUQUERQUE**

**SEGURANÇA ALIMENTAR:**

*um conceito em prática?*

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia.

**ORIENTADORA:** Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Segall Corrêa

**CAMPINAS**

**Unicamp**

**2007**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Al 15s Albuquerque, Cristina Aparecida Bueno  
Segurança alimentar: um conceito em prática? / Cristina Aparecida  
Bueno Albuquerque. Campinas, SP : [s.n.], 2007.

Orientador : Ana Maria Segall Correa  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Segurança alimentar. 2. Programas e políticas de nutrição e  
alimentação. 3. Pessoal de saúde. 4. Atenção básica à saúde. I.  
Correa, Ana Maria Segall. II. Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : Food security: is this a concept in practice?**

**Keywords:** • Food security  
• Nutrition programmes and policies  
• Health personnel  
• Primary Health Care

**Titulação: Mestre em Saúde Coletiva**  
**Área de concentração: Epidemiologia**

**Banca examinadora:**

**Profa. Dra. Ana Maria Segall Correa**  
**Profa. Dra. Gisele Panigassi**  
**Profa. Dra. Sandra Maria Chaves dos Santos**

**Data da defesa: 16 - 08 - 2007**

---

## Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

---

---

Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa

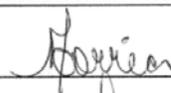
---

---

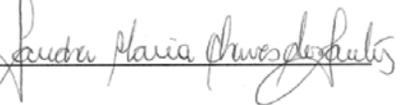
### Membros:

---

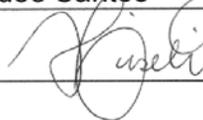
1. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Maria Segall Corrêa



2. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Sandra M. Chaves dos Santos



3. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gisele Panigassi



Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

---

Data: 16/08/2007

---

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho a Deus, que acreditou em mim e me fez capaz de percorrer este caminho tão estranho e difícil; aos meus amigos, que sempre apostaram que eu era capaz, mesmo quando até eu duvidava disso; aos meus colegas de trabalho, que souberam compreender e colaborar na minha ausência e nos momentos de estresse; aos profissionais de saúde da rede municipal de Campinas, que são o fundamento deste trabalho, e aos inúmeros pacientes e usuários do SUS, que me mobilizam a procurar sempre novas alternativas para colaborar na construção de um SUS que garanta o direito à saúde a todos.*

## **AGRADECIMENTOS**

---

Meu sincero agradecimento a minha orientadora, Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Segall, pela paciência e maternagem; à minha co-orientadora, Dr<sup>a</sup>. Anne Kepple, por ser meu porto seguro e força de inspiração; à Marcela por sua carinhosa dedicação na revisão; e a todos os colegas e amigos que encontrei nesse caminho na UNICAMP.

	<b>PÁG.</b>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xxiii</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xxvii</i>
<b>1- INTRODUÇÃO</b> .....	31
<b>2- REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	35
<b>2.1- O Tema SAN no Mundo</b> .....	37
<b>2.2- O Tema SAN no Brasil</b> .....	38
<b>2.3- Considerações sobre Políticas Públicas</b> .....	44
<b>2.4- Profissionais de Saúde e a Alimentação e Nutrição</b> .....	46
<b>2.5- O Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família</b> .....	52
<b>2.6- PNSAN E PNAN</b> .....	55
<b>3- OBJETIVOS</b> .....	59
<b>4- METODOLOGIA</b> .....	63
<b>4.1- Pressupostos Teóricos</b> .....	65
<b>4.2- Estratégias de Investigação</b> .....	67
<b>4.3- O Município</b> .....	68
<b>4.4- A Amostra</b> .....	69
<b>4.5- Execução da Pesquisa</b> .....	69
<b>4.6- A Análise</b> .....	72
<b>5- RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	75
<b>5.1- Caracterização dos Entrevistados</b> .....	77
<b>5.2- Conceito de Segurança Alimentar e Nutricional</b> .....	78

<b>5.3- A Segurança e a Insegurança Alimentar e Nutricional na Visão dos Profissionais de Saúde.....</b>	<b>89</b>
<b>5.4- O Conceito de Fome.....</b>	<b>107</b>
<b>5.5- As Ações dos Profissionais de Saúde em Alimentação e Nutrição dentro das Unidades de Saúde.....</b>	<b>113</b>
<b>5.6- As Ações de Alimentação e Nutrição e o Trabalho em Equipe de Saúde da Família.....</b>	<b>124</b>
<b>5.7- As Ações de Alimentação e Nutrição e a Intersetorialidade.....</b>	<b>126</b>
<b>5.8- Facilidades e Dificuldades para a Execução de Ações de Segurança Alimentar e Nutricional.....</b>	<b>132</b>
<b>5.9- As Ações de Alimentação e Nutrição nas Unidades de Saúde e sua contribuição na PNSAN.....</b>	<b>135</b>
<b>6- CONCLUSÃO.....</b>	<b>149</b>
<b>7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>153</b>
<b>8- APÊNDICE.....</b>	<b>165</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

---

ABRANDH	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Aux. Enf.	Auxiliar de Enfermagem
CGPAN	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CNAN	Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição
CNSAN	Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
COMIDhA	Comitê Nacional de Implementação do Direito Humano à Alimentação Adequada
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DHAA	Direito Humano a Alimentação Adequada
DM	Diabetes Mellitus
Enf.	Enfermeira
FAO	Food and Agriculture Organization
FBSAN	Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
ISAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIF	Programa de Atenção Integral à Família
PBF	Programa Bolsa-família
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PSF	Programa de Saúde da Família
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN	Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
T.O.	Terapeuta Ocupacional
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UniRio	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo

## LISTA DE QUADROS

---

	<b>PÁG.</b>
<b>Quadro 1-</b> Construção do conceito de SAN pelos profissionais de saúde.....	80
<b>Quadro 2-</b> Determinantes de Insegurança Alimentar e Nutricional e as garantias de Segurança Alimentar e Nutricional na perspectiva dos entrevistados.....	91
<b>Quadro 3-</b> Sugestões dos entrevistados para o avanço das ações de SAN....	105

## LISTA DE DIAGRAMAS

---

	<b>PÁG.</b>
<b>Diagrama 1-</b> Categorias emergentes do conceito de fome para os entrevistados, a partir do indivíduo.....	108
<b>Diagrama 2-</b> Ações dos profissionais de saúde diante do quadro de fome na unidade de saúde.....	112
<b>Diagrama 3-</b> Ações de alimentação e nutrição realizadas pelos profissionais de saúde nas unidades básicas.....	115

**RESUMO**



Esta pesquisa teve como objetivo entender as significações e a utilização do conceito de segurança alimentar e nutricional pelos profissionais de saúde que trabalham na atenção básica, em equipes de saúde da família, em um município de grande porte. E assim analisar como esse tema, que tem permeado as políticas públicas de assistência social e de saúde, tem sido aplicado no cotidiano das ações de promoção e assistência à saúde para a população.

A abordagem escolhida para atingir estes objetivos foi uma abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semi-estruturadas, a membros de equipes de saúde da família que trabalham em áreas de maior vulnerabilidade social do município de Campinas. O método de análise utilizado foi análise de conteúdo dos depoimentos dos profissionais.

Os resultados mostraram que apesar da notoriedade que esse conceito tem tido nas universidades e nos órgãos estatais, há desconhecimento e falta de entendimento por parte dos profissionais de saúde que assistem diretamente a população não entendendo a co-responsabilidade do setor saúde sobre esse tema.

A valorização da alimentação como componente fundamental do projeto terapêutico dos indivíduos ainda está longe de transformar-se em prática cotidiana nos atendimentos das unidades básicas de saúde; e, quando acontecem, é de forma adicional, como coadjuvante ao tratamento, contribuindo precariamente para a garantia da segurança alimentar e nutricional das pessoas e da comunidade.

Concluimos que a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional tem um árduo caminho para sua efetivação, que passa pela efetiva implementação das ações previstas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, para assim avançarmos na construção do SISAN.

Os desafios estruturais no setor saúde passam pela formação dos profissionais e pela dificuldade em trabalhar de forma intersetorial, pois como demonstra Boog (1999a) a formação pregressa dos profissionais que atuam na atenção básica não fornece subsídios suficientes para a abordagem da questão alimentar da população, seja na prevenção, na manutenção ou na recuperação da saúde. Como observou Yasbek (2004), nos grupos de maior vulnerabilidade social, para os quais existe um maior risco de insegurança alimentar, as ações de saúde tornam-se mais complexas e necessitam de ações integradas com setores externos à saúde.

**ABSTRACT**



The objective of this research was to investigate the meaning of food security for health professionals working in primary care teams of the Family Health Program in a large city, and how they apply this concept in their everyday work with the general population, but with poor people, in particular.

A qualitative research approach was used, consisting of semi-structured interviews with the health professionals, which were audio-taped, transcribed, and analyzed using content analysis.

The results show that the concept, which is currently an important theme in universities and government, is little known to the health professionals, and that food access and habits have been addressed in an incomplete and partial way.

It is concluded that food and nutrition policies need to be implemented completely at the primary health care level in order to contribute to the implementation of the National Food Security Policy. It is recommended these themes be incorporated into university-level programs for health professionals, with an emphasis on the importance of collaborating with other sectors to assure food security.

# 1- INTRODUÇÃO

Falar de Segurança Alimentar Nutricional é interagir com vários campos do conhecimento, saberes e práticas; é fazer uma reflexão sobre o mundo e a sociedade que temos e queremos; é propor maneiras de garantir uma necessidade humana básica – a alimentação. Porém, não qualquer alimentação, mas uma alimentação para todos, com qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente, sem comprometer outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares saudáveis, que respeitam a diversidade cultural, e que sejam social, econômica, e ambientalmente sustentáveis (II CNSAN, 2004).

Vários atores estão envolvidos nesse tema, com suas percepções e interesses, tornando a abordagem complexa e desafiante.

O conceito de SAN remete a uma amplitude de ações, que incluem as questões estruturais ligadas à capacidade produtiva do setor agrícola, a produção ambiental e economicamente sustentável, a preservação da base genética agrícola, as desigualdades sociais, o Direito Humano a uma Alimentação Adequada (DHAA), as repercussões da alimentação (ou de sua carência) na saúde, a qualidade nutricional, a garantia sanitária dos alimentos, os direitos do consumidor e a educação nutricional.

Fruto de uma construção recente (II CNSAN, 2004), o conceito atual de SAN, no Brasil, que é transversal a tantos setores, ainda precisa de aproximações setorizadas e ampliadas a fim de que se possa construir o Sistema Nacional de Segurança Alimentar – SISAN (LOSAN, 2006).

A descentralização delega aos municípios o desenvolvimento de iniciativas próprias e a elaboração de um plano municipal para o acompanhamento da SAN no município; porém, a despeito de todas as dificuldades estruturais no nível local, é necessário que o tema SAN tenha sua importância reconhecida pelos atores envolvidos a fim de que o plano seja encampado por todos.

Este trabalho tem como objetivo contribuir para a análise da segurança alimentar e nutricional dentro do setor saúde, especificamente na atenção básica, e na consolidação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional no município,

buscando conhecer o que os profissionais de saúde identificam como SAN, o que pensam ser de responsabilidade da área da saúde e o que efetivamente estão conseguindo fazer para colaborar com a política de SAN.

Na revisão bibliográfica contextualizou-se SAN no cenário mundial e nacional; além disso, foi necessário fazer algumas considerações sobre políticas públicas, formação dos profissionais de saúde sobre o tema alimentação e nutrição; e a intersecção das políticas de SAN e de Alimentação e Nutrição, a fim de construir o contexto de influência a que estão expostos os entrevistados.

## **2- REVISÃO DA LITERATURA**

## 2.1- O Tema SAN no Mundo

O conceito de segurança alimentar tem sofrido transformações ao longo dos anos. Após a I Guerra Mundial, segurança alimentar significava o país ter autonomia na produção de alimentos; essa concepção foi fruto do cenário mundial, que em virtude de boicotes e embargos ocorridos, decorrente das guerras e disputas políticas da época, consideravam a autonomia na produção de alimentos uma premissa fundamental para a sobrevivência das populações dos países.

Nos anos 70 do século passado, o enfoque para este conceito estava no armazenamento de alimentos, preocupação oriunda do crescimento populacional mundial e da escassez de alimentos.

Na década de 80 do século passado, o conceito foi questionado, pois se concluiu que a fome e a desnutrição eram decorrentes mais da dificuldade ao acesso do que de problemas na produção de alimentos. Mudou-se, assim, a ênfase para a redução da pobreza, já que a quantidade de alimentos produzidos mundialmente seria suficiente para todos e o problema estava na aquisição dos alimentos de forma desigual (Projeto Fome Zero, 2001).

No final da década de 80 e início dos anos 90, a FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations) apresenta ao mundo um conceito baseado nos seguintes aspectos: alimento seguro (sem contaminação química ou biológica); qualidade do alimento (nutricional, biológica, e tecnológica); balanceamento da dieta; informação nutricional; e opções alimentares respeitando os aspectos culturais. Ou seja, para a elaboração deste conceito, levaram-se em conta todos os aspectos que envolvem a alimentação e que influenciam tanto a forma como um povo se alimenta e aproveita seus alimentos como a sua qualidade de vida (FAO/OMS, 1996). O termo a partir de então passou a englobar além do acesso, as questões relativas à qualidade dos alimentos e à saúde dos consumidores, envolvendo, assim, a agricultura, a agroindústria, as iniciativas de preocupações ambientais, somadas às questões ligadas a saúde pública e à nutrição.

Assim, respeitando-se a autonomia dos países, cada nação tem o direito de definir sua política de segurança alimentar, respeitando sua própria cultura e tradição, e levando em conta todos os aspectos que envolvem a alimentação para o seu povo especificamente. Dessa maneira, cada país pode criar estratégias próprias para alcançar a segurança alimentar.

Nos últimos anos, as agências internacionais de cooperação em seus estudos sobre o tema *Segurança Alimentar*, têm abordado-o fazendo a análise de seus determinantes macroeconômicos, o cenário mundial para o futuro, os aspectos de influência da produção agrícola, do meio-ambiente e, também os indicadores populacionais pertinentes ao tema.

## **2.2- O Tema SAN no Brasil**

No Brasil, a preocupação com o acesso aos alimentos e o estado nutricional da população vem desde a década de 40 do século passado, com a publicação do trabalho pioneiro de Josué de Castro, *A Geografia da Fome* (Belik et al. 2001).

Nas décadas seguintes, as iniciativas governamentais para o enfrentamento da fome, seguindo o conceito de segurança alimentar da época, tinham o enfoque voltado para produção de alimentos, sendo suas ações incipientes e basicamente centradas na distribuição dos alimentos aos grupos biologicamente e socialmente mais vulneráveis.

A criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), na década de 70, pode ser considerada um marco para a iniciativa pública no setor. Após a criação do INAN, em 1972, vários programas, relacionados com a alimentação e nutrição foram desenvolvidos, sempre na lógica da oferta de alimentos (cestas básicas, leite, etc.) a grupos específicos da população (gestantes, nutrizes, crianças menores de cinco anos e cidadãos de baixa renda). Infelizmente, este conjunto de programas desenvolvidos repetiu as distorções gerais encontradas na implementação de políticas sociais no Brasil, tais como seletividade e ineficiência, não atingindo, desta forma, seus objetivos plenos, nem mesmo na questão do acesso aos alimentos (Pessanha, 1998).

No meio acadêmico a utilização da expressão *segurança alimentar* como princípio orientador de políticas aparece em meados da década de 80, influenciada pelo conceito da FAO na época, que discutia segurança alimentar tendo em vista a produção agrícola e o acesso aos alimentos. No início da década de 90 é que pesquisadores do campo do meio-ambiente, das políticas públicas e do bem estar social juntaram-se à discussão desse tema (Pessanha, 1998).

Apesar desse pensamento hegemônico, em 1986, quando ocorreu a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, apareceu ainda de forma incipiente, a idéia da interdependência entre segurança alimentar e o aspecto nutricional (Projeto Fome Zero, 2001).

No entanto, foi na I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, em 1994, que o conceito foi ampliado e vinculado aos direitos sociais e à consolidação da cidadania, tornando-se quase sinônimo de política social (Brasil, 2003).

Essa ampliação do conceito encontrou cenário político favorável, pois o combate à fome era prioridade nacional, e o plano de ações da época baseava-se nos princípios da intersectorialidade, participação social, equidade, parcerias Estado-sociedade e descentralização (encampada pelo movimento Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida – criado em 1993). A Presidência da República legitimava o CONSEA como órgão de aconselhamento (a criação do CONSEA deu-se em 1993), e o tema era pauta nacional.

Demonstrava-se, frente à mobilização social, a necessidade de se repensar a questão da alimentação para a população, considerando-a como um direito do ser humano e que não deveria ser utilizada politicamente ou como uma questão de benevolência (Vasconcelos, 2005). A aproximação entre setores governamentais e sociedade civil contribuiu para a maior coordenação e integração das ações desenvolvidas na época (Burlandy, 2004).

Nos anos seguintes, de 1995 a 2002, com a mudança de governo federal, o tema *segurança alimentar* deixou de ser declarado como um objetivo estratégico de governo: o CONSEA foi fechado e os setores organizados da sociedade civil engajados na luta contra a

fome e pela segurança alimentar tiveram de buscar novos espaços para prosseguir com suas ações.

Apesar do cenário adverso, com a realização da Cúpula Mundial da Alimentação, em Roma, em 1996, reuniu-se um grupo de trabalho constituído de representantes dos ministérios e da sociedade civil para a sistematização do conceito brasileiro de segurança alimentar. O conceito construído nessa ocasião não se limitava a defender a idéia do acesso aos alimentos, mas vinculava a essa condição a necessidade de que os alimentos fossem de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente.

O conceito brasileiro na época representou um avanço para o país, encontrando eco na realização da Cúpula Mundial da Alimentação, em Roma. A isso se somaram alguns aspectos importantes que começavam a ser considerados concernentes à segurança alimentar: soberania alimentar, preservação da cultura alimentar de cada povo, sustentabilidade do sistema alimentar, e a concepção de que alimentação é um direito humano primordial.

Outro avanço alcançado foi a estratégia da CGPAN (órgão do MS, criado em 1998, que passou a desempenhar as competências do extinto INAN) em conseguir publicar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), em 1999, contando com a participação de representantes de distintos segmentos da sociedade civil e da política (Vasconcelos, 2005).

A PNAN foi criada sob os princípios do Direito Humano à Alimentação e da Segurança Alimentar e Nutricional e tem sido até a atualidade a proponente das ações que são esperadas do setor saúde na área de SAN.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) define que a atuação do setor saúde, no contexto da SAN, deve ser em dois momentos distintos (Brasil, 2003):

- o primeiro quando há disponibilidade de alimentos, buscando, nesse caso, garantir seu aproveitamento biológico e a qualidade da alimentação (dieta) da população. Deve realizar assistência à saúde adequada, fazendo vigilância

alimentar e nutricional, atuando na vigilância sanitária de alimentos e promovendo medidas de caráter educativo para uma alimentação saudável;

- na segunda situação, quando há obstáculos de acesso aos alimentos relativos à sua quantidade ou qualidade, cabendo nesse momento os cuidados às repercussões negativas causadas ao organismo, sendo as mais comuns o combate à desnutrição, às carências específicas (de ferro, vitamina A), à obesidade, ao diabetes mellitus, às dislipidemias, além das associações desses problemas de saúde com outras doenças crônicas.

A partir de 2003, o tema segurança alimentar e nutricional ganhou notoriedade expressiva, juntamente com o combate a fome, sendo assumidos novamente como prioridade nacional e princípio norteador de políticas públicas para diversos campos. Neste cenário propício, o CONSEA foi restabelecido e foram criados e consolidados os CONSEAs estaduais e municipais, fortalecendo, assim, os espaços de debate com a população.

Em 2004, dez anos após a primeira, ocorreu a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional que discutiu e estabeleceu diretrizes para a construção de uma Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, marcando os eixos de atuação para os diversos setores que englobam este tema. No rol de propostas prioritárias aprovadas por essa conferência, as que demarcaram a responsabilização do setor saúde na implantação da PNSAN estão descritas no tópico **Ações de Saúde e Nutrição** (II CNSAN, 2004).

A II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CNSAN), fortaleceu a SAN como uma política nacional (não tendo como garantia apenas a vontade política), o que levou a sociedade, o meio acadêmico e os setores engajados com o tema a trabalharem para que as políticas voltadas a SAN sejam permanentes e definitivas.

Na saúde, a contribuição do setor na garantia da segurança alimentar e nutricional das famílias e comunidades constitui-se na execução das diretrizes da PNAN, considerando que a SAN foi um dos arcabouços teóricos para sua construção.

Seguindo os pressupostos da FAO, o conceito definido para segurança alimentar no Brasil, durante a II CNSA, diz que, “*Segurança Alimentar e Nutricional é a 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 social, econômica, e ambientalmente sustentáveis*” (II CNSA, 2004).

Previamente à II CNSAN, houve grande mobilização de vários setores da sociedade, o que contribuiu para a aprovação da criação de uma lei que firmasse a segurança alimentar e nutricional como ação prioritária no país (CONSEA, 2004). Sendo assim, foi aprovada e levada ao Congresso Nacional a proposta de uma Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), que recebeu a sanção presidencial em 15/09/2006. Foi criado, assim, o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e assegurado ao povo brasileiro, como direito humano fundamental, o acesso à alimentação, com garantia da qualidade e da continuidade desse acesso, integrado a um sistema intersetorial, garantindo a participação da sociedade junto com os setores estatais (Brasil, 2006 a).

A produção acadêmica no Brasil sobre SAN vem crescendo, sendo a SAN considerada, neste espaço, como uma política pública específica que tem interface com várias outras políticas. Essa abordagem tem possibilitado estudos relacionados com a economia, a produção de alimentos, a biotecnologia. Além disso, grupos de pesquisa têm se dedicado à validação e difusão de metodologias e indicadores de mensuração da segurança alimentar e nutricional (Cunha e Lemos, 1997; Segall-Corrêa, 2003); ao diagnóstico ou identificação de populações vulneráveis (Panigassi, 2005; Favaro et al., 2007; Leon et al., 2005; Leão, 2005; IBGE, 2006); à análise de SAN no Brasil (Takagi, 2006; Valente Junior et al., 2005); ao estudo de projetos e ações locais de SAN (Maluf, 1999; Leite, 2005; Frozi, 2003); e ao estudo sobre a disponibilidade dos alimentos para a população (Sampaio, 2005).

A garantia da segurança alimentar e nutricional, para todas as pessoas, é um desafio tanto para brasileiros quanto para muitas pessoas ao redor do mundo; e para superar o drama da fome (situação de insegurança alimentar severa), na esfera nacional e mesmo

mundial, é necessário que haja ações integradas dos diversos setores relacionados com seu enfrentamento.

Devido à amplitude conceitual do termo SAN, Panelli-Martins (2007) afirma haver quatro dimensões de atuação para a garantia de SAN: a **disponibilidade de alimentos** (relacionado com a produção e comercialização), o **acesso aos alimentos** (relacionado com a aquisição dos alimentos), o **consumo de alimentos** (relacionado com os fatores sociais, econômicos e culturais) e a **utilização biológica de nutrientes** (relacionado com todos os fatores que interferem na saúde do indivíduo). Isso demonstra a complexidade de seu enfrentamento, o que envolve ações de curto, médio e longo prazo.

Reconhece-se que somente com estratégias de ações diversificadas, porém, articuladas, será possível garantir a segurança alimentar e nutricional das pessoas. Essas soluções permeiam desde questões estruturais ligadas à capacidade produtiva no setor agrícola, os problemas do meio-ambiente e o combate às desigualdades sociais, até as políticas de saúde pública, de vigilância à saúde, de direitos do consumidor, passando também pelas políticas de educação para a população e de formação para os profissionais ligados às diversas áreas.

Como no Brasil não há tradição de ações coordenadas que interliguem os diversos setores governamentais, a construção dessa realidade é o desafio que se coloca no momento.

O entendimento do problema, seu diagnóstico e o estudo de seus determinantes têm tido avanços significativos; o arcabouço legal está legitimado; o presente e o futuro que se coloca é a efetivação das ações na garantia da SAN a todas as pessoas.

Neste contexto, faz-se urgente a discussão sobre quais seriam as repercussões concretas que o debate e as proposições em torno da segurança alimentar e nutricional têm trazido para o campo das políticas públicas. Essas concepções estariam trazendo novos olhares para as ações de saúde na atenção básica? Justamente por ser o nível de atenção à saúde que está presente no cotidiano das pessoas e das comunidades (principalmente nas mais vulneráveis à insegurança alimentar e nutricional).

### 2.3- Considerações sobre Políticas Públicas

As políticas de segurança alimentar e nutricional e de alimentação e nutrição são políticas públicas, e como tal, são documentos que delimitam um conjunto de ações e decisões que seus atores deverão seguir ou tomar. Isso, por si só, não garante seu efetivo exercício; como adverte Hofling (2001, p.35) “Política pública é o Estado em ação” e as “ações empreendidas pelo Estado não se implementam automaticamente, tem movimento, tem contradições e podem gerar resultados diferentes dos esperados”.

Segundo Leite (2005), as políticas públicas passam por quatro fases de constituição: a de construção da agenda; a de formulação da política; a de implantação da política e a de avaliação da política.

As políticas em questão, PNSAN e PNAN, estão ambas na fase de implantação, pois o contexto político muito influencia o estágio em que se encontra uma política. Apesar de seu diferencial temporal, essas políticas estão na mesma fase de constituição, devido ao fato de no Brasil somente nos últimos anos esses temas receberem um reposicionamento de prioridade na pauta governamental.

Na implantação de políticas públicas, deve-se considerar que existem obstáculos sabidamente conhecidos, o que Silva e Melo (2000) classificaram em três tipos, associados a:

- capacidade institucional dos agentes implementadores;
- natureza política;
- resistência ou boicote de grupos afetados negativamente pela política.

As implantações das políticas de saúde, principalmente as de abrangência nacional, permitem um amplo espaço de autonomia para os agentes implementadores. Silva e Melo (2000) citam a saúde, entre outros, como o setor burocrático específico onde os implementadores tomam decisões cruciais, ao ponto de sua adesão ser variável decisiva no sucesso ou fracasso da política. E essa decisão não é inocente: é carregada da identidade

profissional (médico, enfermeiro, etc.) e social (cidadão, político, servidor público), além dos interesses pessoais dos envolvidos.

Além dos aspectos individuais dos implementadores das políticas, no Brasil temos o processo de descentralização do poder que ocorre desde a Constituição de 1988, quando os Estados e Municípios passaram a ter autonomia local para executarem as políticas nacionais. Somam-se a essas dificuldades as vertentes políticas e de resistência nos três níveis de governo.

Sendo assim, a implantação não é uma fase linear, pois ela está sujeita a altos e baixos, avanços e retrocessos. De acordo com Silva e Melo (2000), as avaliações das políticas públicas deveriam acontecer simultaneamente à sua implantação, para que pudessem servir de retroalimentação e redirecionamento das ações frente aos novos problemas apresentados. Mas isso não ocorre com frequência.

Segundo Frey (2000), no Brasil não há uma tradição de análise de políticas públicas devido à dificuldade de adaptação aos referenciais teóricos que são produzidos em outros países da América Latina, ou seja, em realidades distintas da do Brasil. Além disso, há complicações na implantação homogênea no país, devido às dificuldades de descentralização, às diferenças de realidades regionais, às mudanças de cenários políticos constantes, à falta de planejamento da avaliação e à descontinuidade dos projetos e programas.

Os contextos político e econômico em que as políticas públicas se realizam influenciam sua prática. Sendo assim, o cenário brasileiro atual é bastante favorável para avaliação de grande alcance das questões de alimentação e nutrição, pois vivemos um contexto político democrático, em que as políticas sociais encontram respaldo: a fome e seu combate são prioridades do governo federal; existem espaços de interlocução com a sociedade organizada para as questões de alimentação e nutrição (CONSEAs, Fome Zero, ABRANDH, COMIDhA, FBSAN); há incentivo à produção científica nessa área; é reconhecido o fortalecimento da área de alimentação e nutrição dentro do Ministério da Saúde com farta produção de material e interlocução com os profissionais de saúde e de outros setores; há um cenário econômico estável, possibilitando a análise das desigualdades

sociais internas. Este cenário é fundamental para a sedimentação dos avanços obtidos e para o estabelecimento de novas estratégias para garantir a segurança alimentar e nutricional.

Este estudo não tem como objetivo realizar uma avaliação da PNSAN ou da PNAN, mas evidenciar, a partir de uma metodologia que possibilita a expressão de agentes implementadores dessas políticas no cotidiano, o entendimento desses profissionais sobre os avanços e desafios que se colocam diante dessas políticas no nível local.

Na revisão bibliográfica não foram encontrados relatos que estudam as interpretações da segurança alimentar e nutricional pelo prisma dos executores das políticas de SAN. Os pontos de vista são sempre de seus formuladores ou teóricos, apesar de alguns trabalhos e artigos citarem a possibilidade de múltiplas interpretações do conceito de segurança alimentar e nutricional pelos diversos atores.

#### **2.4- Profissionais de Saúde e a Alimentação e Nutrição**

O papel da alimentação na manutenção e recuperação da saúde da população e do indivíduo está muito bem fundamentado cientificamente e, sendo assim, espera-se que os profissionais de saúde utilizem essa relação alimentação/saúde como fundamento teórico para sua assistência. Para que isso ocorra, é necessário que essa visão e formação estejam nas grades curriculares dos diversos cursos da área da saúde.

A formação dos profissionais de saúde tem sido preocupação de vários autores, principalmente em áreas ligadas às questões sociais. Sendo a abordagem da alimentação e nutrição profundamente imbricada com questões sócio-econômicas e culturais, a oferta de seu conteúdo nas universidades está sob essa influência. Segundo Amorim et al. (2001), devido ao mundo extremamente competitivo, a formação profissional, incluindo a dos profissionais de saúde, tem se fixado no tecnicismo, sem possibilitar a formação de profissionais-cidadãos capazes de transformar a realidade e a sociedade que os cerca. Isso seria resultante da permanência de práticas pedagógicas inspiradas no modelo mecanicista de Descartes, que privilegia a repartição para o entendimento do todo, e a separação entre corpo e alma, o que reforça as especialidades e separa as questões psico-emocionais e sócio-ambientais do processo saúde-doença.

A organização das unidades de ensino em departamentos também é apontada como outro fator que não propicia a integração das disciplinas profissionalizantes com as disciplinas de ciências humanas. Como consequência, não raro muitos professores desconhecem o objetivo do curso e até as atribuições do profissional que estão ajudando a formar. Muitas vezes, as disciplinas das ciências humanas são administradas da mesma forma aos diferentes cursos e a elas é atribuída pouca importância pelo próprio professor, dificultando que o aluno compreenda a importância daquele conteúdo para sua formação, como evidenciou o trabalho de Amorim et al. (2001) com pediatras e nutricionistas.

Canesqui (2005), ao estudar os seis cursos de nutrição mais antigos do Brasil (USP, UniRio, UERJ, UFRJ, UFBA, UFPE e UFF), mostrou que os conteúdos de sociologia, sempre de natureza introdutória, pouco se articulam a uma leitura social das questões alimentares e nutricionais; e os poucos cursos que propõem discutir sociologia aplicada, discutem temas gerais da sociedade, sem associá-los aos problemas de alimentação e nutrição, nem às intervenções pertinentes a profissão.

Em relação ao tema alimentação e nutrição, Boog (1999a) afirma que o conteúdo presente na formação profissional de médicos e enfermeiros é inexistente ou insuficiente, o que dificulta ou impossibilita uma abordagem multidimensional, como seria necessário, principalmente em ações de saúde pública. A autora, em outro estudo, complementa que o curso de enfermagem, que tradicionalmente tinha disciplinas na área de nutrição em sua grade curricular, com a Lei de Diretrizes Curriculares de 1994 passa a facultar a cada estabelecimento de ensino a inclusão dessas disciplinas. Em relação à medicina, a autora aponta que, já em 1985, a Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos publicou um relatório alertando para a precariedade do ensino de nutrição nas escolas médicas americanas. No Brasil, são exceções os cursos de medicina que ministram disciplinas na área de nutrição e dietética (Boog, 1999b).

Ferreira (2004), ao analisar os currículos de formação profissional dos nutricionistas, identificou que eles também seguem o modelo biomédico dominante, voltado para uma atenção clínico-assistencial. Tal modelo é responsável pela dificuldade que outros profissionais de saúde têm tanto para produzir uma análise crítica sobre os determinantes da situação alimentar, como para propor estratégias de enfrentamento dos

problemas relacionados com a alimentação. A própria construção da carreira de nutrição no Brasil foi composta inicialmente por dietólogos (fisiologistas que entendiam de alimentação e tratavam patologias a ela relacionadas) e por dietistas (que organizavam e dirigiam a produção de refeições, além de realizar a educação nutricional). Neste cenário, cabia aos médicos dietólogos não só prescrever dietas, mas pesquisar e teorizar, e aos dietistas garantir a execução técnica das dietas (Lima, 1998).

Como afirma Canesqui (2005, p.293), “o problema com que se defrontam os profissionais que se dedicam à alimentação humana é que reconhecemos a complexidade biossocial da alimentação humana, mas não a incorporamos nas nossas teorias e práticas”.

A própria PNAN (Brasil, 2003) apontou, em sua diretriz de **Desenvolvimento e Capacitação em Recursos Humanos**, a necessidade de haver um trabalho conjunto com o Ministério da Educação, tendo em vista a indispensável adequação dos cursos de formação na área da saúde, aos aspectos inerentes às diretrizes, enfatizando no aspecto social a alimentação enquanto direito.

Além da PNAN, todos os documentos legais e de orientação às ações de saúde que são produzidos pelo Ministério da Saúde ressaltam a importância de se garantir à população uma abordagem que leve em conta a alimentação e a nutrição, além de ações educativas de promoção à saúde e à vigilância nutricional que sejam executadas por todos os profissionais da atenção básica, dentro de seus núcleos de atuação (Brasil, 1990, 1999a, 1999b, 2002, 2005, 2006b, 2007a).

Observa-se, assim, um descompasso entre a formação dos profissionais de saúde, o que se espera deles em seu campo de atuação e o que se garante legalmente à população como ação de saúde relacionada com o tema.

O descompasso fica mais evidente quando o foco é a atuação dos profissionais na saúde coletiva, porque ao acompanhar a saúde de um indivíduo, uma família, uma comunidade ou um município por um determinado tempo, fica evidente a influência dos aspectos alimentares na saúde, principalmente nas doenças crônicas não transmissíveis. A assistência, sem considerar esse aspecto, é como “enxugar gelo”: por mais que se medique, os recursos disponíveis serão sempre insuficientes, pois se faz necessário atuar na

prevenção de doenças (incluindo a educação nutricional), na promoção de saúde (considerando a alimentação e nutrição), no tratamento de patologias relacionadas com a alimentação e na reabilitação das pessoas com alterações graves de saúde.

Não há dúvidas de que, do ponto de vista clínico/biológico, os avanços e conhecimentos técnicos na área têm contribuído para colocar em evidência o fato de uma alimentação inadequada ser fator de risco para várias doenças. No entanto, os avanços no campo da promoção à saúde, no que tange a alimentação, não aparecem com a mesma atualização e força que as pesquisas clínicas, apesar do tema aparecer em discussão mundial desde a década de 70 do século passado. As ações nessa área sofrem distintas influências, trazendo abordagens díspares e avaliações incipientes (Akerman et al, 2002).

Para produzir frutos, a promoção à saúde deve empregar, principalmente em seu cotidiano, a educação em saúde com abordagem dos indivíduos e das comunidades, o que adiciona um componente pedagógico ao trabalho do profissional de saúde e a necessidade de possuir ferramentas teóricas e práticas nessa área. Porém, se a formação não possibilita reflexões abrangentes nem sobre a causalidade dos problemas de alimentação e nutrição, como esperar que os profissionais promovam a capacidade reflexiva nos usuários dos serviços de saúde?

Na área de educação nutricional, temos que considerar a forma como essa prática se insere em nossa sociedade e nos processos educacionais para então entendermos as práticas atuais de nutricionistas e dos demais profissionais de saúde.

No mundo a educação nutricional, enquanto especialidade de interesse acadêmico, existe desde a década de 40, quando no pós-guerra, com a escassez de alimentos, precisava-se adequar o custo/benefício da alimentação. Para tanto, eram utilizados alimentos nutritivos e baratos (Boog, 2004).

Nas décadas seguintes, a educação nutricional serviu a estratégias políticas e econômicas, e teve como objetivo o escoamento de produção e a expansão de mercado de países desenvolvidos para países menos desenvolvidos, o que a associou até a questionamentos éticos.

A partir das décadas de 60 e 70 do século passado, a educação nutricional passou a estar no lócus da medicina, influenciada pelas concepções behavioristas de educação com enfoque na mudança de comportamento. Tal perspectiva a levou nos anos de ditadura, a ser considerada como domesticadora e repressora. Segundo Pereira (2003), esta pedagogia do condicionamento ou modelagem da conduta concentra-se em uma abordagem eficiente em estímulos e recompensas, capaz de condicionar os indivíduos a uma resposta desejada. Trata-se de uma proposta pedagógica rígida e totalmente passível de ser programada em detalhes. Os conteúdos de ensino são as informações científicas, suas normas e leis, eliminando-se, desta forma, a subjetividade.

Em contraposição a esta abordagem hegemônica, na década de 70 alguns profissionais de saúde insatisfeitos trouxeram para o setor saúde as experiências de educação popular, a qual contempla e insere a participação popular nas ações de educação em saúde, rompendo com a tradição autoritária e normatizadora (Vasconcelos, 1998). Essa metodologia, cujo objetivo é despertar a autonomia crítica dos sujeitos, não se caracterizou como prática universal dentro da saúde, apesar de seu notório sucesso ao influenciar o destino da saúde no Brasil através dos Movimentos Populares de Saúde.

Somente com a constatação da transição nutricional brasileira é que a educação nutricional passa a ser revalorizada como estratégia de atuação em saúde, encontrando nos documentos de estratégia de promoção à saúde uma intersecção com as discussões atuais do processo saúde-doença.

Ferreira (2004) assinalou que a garantia de condições para escolhas alimentares saudáveis fortalece a cidadania, o que é possível através de uma educação alimentar baseada em metodologias adequadas, tais como a problematizadora e o construtivismo.

A falta de formação em metodologias de educação tem sido outra dificuldade na abordagem da educação nutricional em nosso país. Segundo Santos (2005), mesmo para os profissionais nutricionistas, não tem se demonstrado uma preocupação com esse conteúdo; é como se o processo educacional fosse um processo de ocorrência natural. Tal entendimento leva a prevalecer, assim, a transmissão de informação e não a construção do conhecimento.

Espera-se que a educação nutricional traga novos sentidos e significados para o ato de comer, o que só é possível considerando o outro, seu contexto de vida, sua inserção na comunidade, suas afetividades e vontades.

Citando Boog (2004, p.2) “não comemos nutrientes, mas alimentos e o significado deles na esfera afetiva, psicológica e nas relações sociais” (Boog,). Essa visão requer dos profissionais aproximações com várias fontes do conhecimento científico, além da interação com o saber presente no cotidiano das pessoas. É a desconstrução da prevalência do saber científico, sem recusar sua importância, possibilitando o empoderamento de todos.

Essa desconstrução e reconstrução das relações profissional-paciente, que perpassam todas as ações de saúde, não só aquelas relativas à alimentação, exigem esforços educacionais e pessoais para que uma nova postura frente à profissão e ao mundo sejam possíveis.

Traverso-Yépez (2004), em seu estudo com alunos da área da saúde, encontrou, sobre a relação profissional-paciente, um discurso teórico calcado na relação do tipo mutualista (um encontro colaborativo entre iguais). Mas, nos depoimentos e justificativas de vários deles ainda apareceu uma relação hierarquizada, vertical e assistencialista baseada nas relações de poder devido à posse do conhecimento.

As dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na abordagem de alimentação e nutrição tiveram suas raízes na dicotomia entre promoção/prevenção e tratamento presente no seu período de formação. Ou seja, a história da alimentação e nutrição no Brasil, como a educação nutricional foi inserida nesse contexto e todas as representações sociais que permeiam a alimentação e nutrição são fatores que atuam na construção do perfil do profissional de saúde no Brasil.

Além desses desafios postos para as ações de alimentação e nutrição dentro do setor saúde, que influenciam a qualidade da assistência às famílias, o momento atual põe novos desafios para a formação dos profissionais de saúde. Transição nutricional, segurança alimentar e nutricional, fome, direito humano à alimentação adequada são temas

que fazem e farão, nos próximos anos, parte do cotidiano dos profissionais (Boog, 2004) que, para estarem aptos a intervirem efetivamente, deverão mobilizar saberes de variadas fontes e ações integradas a setores externos à saúde.

A abordagem baseada na segurança alimentar e nutricional e no direito humano à alimentação adequada requer um trabalho multidisciplinar e intersetorial, como premissa básica de sua atuação. Deve, assim, considerar não só setores que trabalham com o indivíduo diretamente, mas também setores envolvidos desde a produção até a utilização do alimento.

Essa consigna exige do profissional uma atuação enquanto agente social transformador, ultrapassando os limites dos problemas nutricionais específicos e avançando na garantia da saúde de forma sustentável, resguardando a cultura alimentar de nosso povo, e produzindo autonomia nos indivíduos.

Sendo assim, a qualidade e efetividade das ações de SAN oferecidas à população vão além da reflexão sobre os conhecimentos adquiridos durante o processo de formação dos profissionais de saúde, e sobre a discussão da formação profissional necessária ao profissional do futuro, faz-se necessário considerar a complexidade e multicausalidade dos problemas alimentares e de saúde em geral .

## **2.5- Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família**

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado no Brasil em 1994, tendo como antecessor o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Enquanto programa, teve uma implantação discreta e desarticulada, com adesão de apenas 55 municípios brasileiros no primeiro ano. A adesão dos municípios era opcional e não havia estímulo financeiro. Com o passar dos anos, mediante incentivos financeiros e com a demonstração da experiência exitosa de alguns municípios, o PSF passou a ser considerado uma estratégia de reestruturação do sistema de saúde a partir da Atenção Básica, recebendo novas normatizações e orientações (Brasil, 1999b, 2002, 2006). Hoje, o PSF está

implantado em 94% dos municípios brasileiros (5218 municípios) e tem uma dimensão de política de saúde e não mais de programa.

O PSF, como forma de organização da atenção básica, reafirma os pressupostos do SUS e se pauta na promoção e recuperação da saúde e na prevenção de doenças, caracterizando-se como elementos centrais a adscrição de clientela, o acolhimento aos usuários, a visita domiciliar, a integralidade das ações de saúde e **o trabalho em equipe** multiprofissional.

A função das equipes de saúde da família, conforme descrito em Brasil (2002, p. 75), é:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns às quais aquela população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida;
- Valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito;
- Realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;
- Resolver os problemas de saúde no nível de atenção básica;
- Garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;

- Prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada;
- Coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- Fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

Para desempenhar essas funções, o trabalho em equipe tem como objetivos potencializar a abordagem do processo saúde-doença, promovendo a integralidade da assistência e possibilitar que as ações de saúde se dêem sob a intervenção de diferentes olhares, porém de forma articulada. É necessário ponderar a expectativa por essa forma de organização, pois o agrupamento de profissionais em uma equipe não garante esses pressupostos. A formação fragmentada e especializada dos profissionais de saúde, a inexperiência de trabalho multiprofissional e a prática clínica centrada no médico são alguns dos fatores que influenciam negativamente a efetivação desse objetivo (Campos, 1997).

Para que exista trabalho em equipe, é necessária a interação entre os trabalhadores, mediada pela troca de conhecimentos, e a articulação do processo de cuidado, em que cada um desenvolva o seu núcleo de saber, mas também conheça o núcleo de saber dos outros profissionais, a fim de que esses se integrem e se potencializem.

Araújo e Rocha (2007) consideraram que o trabalho em equipe no PSF exige uma nova dimensão, no que diz respeito ao sentido da divisão de responsabilidades do cuidado. Isso só é possível com uma prática comunicativa dentro da equipe, visando o enfrentamento dos conflitos e disputas de poder, o que significa para esse autor “romper

com velhas estruturas hierarquizadas, tão presentes no modelo de saúde hegemônico” (Araújo e Rocha, 2007, p. 463).

Sendo assim, investimentos em formação e capacitação do trabalho em equipe potencializam o aparecimento de uma clínica que visa o desenvolvimento integral do sujeito, que estimulará estilos de vida e alimentação saudáveis, a exigência do direito humano à alimentação adequada e a segurança alimentar e nutricional de famílias e comunidade.

## **2.6- PNSAN E PNAN**

Para entender qual a relação entre as duas políticas, é preciso voltar à retrospectiva de SAN no Brasil e lembrar que a PNAN nasce em um cenário desfavorável à segurança alimentar nutricional. Porém, ainda assim, essa política constituiu-se como pilar à nova legislação e como espaço de manifestação de estudiosos e colaboradores da época, que não abandonavam a preocupação com a SAN no setor saúde. Tudo isso iria marcá-la, posteriormente, como o ponto de intersecção entre o setor saúde e a PNSAN.

A PNAN, oficializada pela Portaria nº 710 de 10/06/1999 (Brasil, 1999 a), bem como seus anexos e sua revisão de 2003 (Brasil, 2003), atualizaram as ações de alimentação e nutrição sob a ótica do direito humano e da segurança alimentar e nutricional, buscando formas de articulação com todos os setores que visam os mesmos objetivos.

A LOSAN, apesar de recente, reafirma os pontos de intersecção entre PNSAN e PNAN. No seu Art. 4º nos incisos III, IV e V, afirma que a SAN abrange pontos como:

- “a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social”;

- “a garantia da qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos, bem como seu aproveitamento, estimulando práticas alimentares e estilos de vida saudáveis que respeitem a diversidade étnica e racial e cultural da população”;
- “a produção de conhecimento e o acesso à informação” (Brasil, 2006a).

Das instituições públicas, as que têm maior capilaridade no território nacional são as de educação e de saúde; e, por esse motivo, servem como portas de entrada para os direitos sociais e como identificadores de todos os tipos de necessidades da população, o que aumenta a sua co-responsabilização na garantia da segurança alimentar e nutricional dos indivíduos e da coletividade.

Por estar próxima das comunidades e por deter dados sistematizados das conseqüências da alimentação inadequada, o setor saúde tem vários espaços de contribuição na garantia da SAN. É de responsabilidade da saúde promover a articulação com outros setores, governamentais e da sociedade civil, a fim de contribuir na discussão de propostas que visem garantir o acesso universal aos alimentos de boa qualidade (Brasil, 2003). As informações epidemiológicas sobre as repercussões na saúde dos indivíduos e populações, relacionados com a presença ou ausência de fatores ligados à (in)segurança alimentar contribuem para a discussão das políticas sociais que perpassam a segurança alimentar e nutricional da população.

A distribuição heterogênea, no território brasileiro e nos aglomerados urbanos, de situações determinantes da insegurança alimentar, como demonstra a PNAD – 2004 (IBGE, 2006), faz com que em um mesmo espaço geográfico, seja o país ou as grandes metrópoles, coexistam problemas sócio-econômicos e conseqüentemente, nutricionais, típicos de sociedades subdesenvolvidas e desenvolvidas.

Citando Batista Filho (2003) a segurança alimentar e nutricional constitui um referencial obrigatório dentro dos direitos de cidadania.

Quanto mais vulnerável social e economicamente uma comunidade se apresenta, mais se faz necessária a atuação de profissionais de saúde que considerem todas as dimensões que abrangem a segurança alimentar e nutricional, pois o estado de

insegurança alimentar e nutricional afeta a saúde das pessoas nas três dimensões que o termo saúde contempla: o físico, o psíquico e o social, alterando a qualidade de vida das pessoas (Radimer, 1992).

Essa situação aumenta a complexidade das ações de saúde, exigindo pluralidade e criatividade, tanto na abordagem das necessidades da coletividade como, também, das necessidades individuais.

Profissionais que entendem as causas e as conseqüências da insegurança alimentar e nutricional sabem como identificá-las e potencializam suas ações na superação dessas situações, aumentando muito a qualidade e a efetividade do cuidado clínico que dispensam e contribuindo mais efetivamente para a promoção de uma vida saudável.

Para a realização dos postulados da LOSAN, faz-se necessário a revisão de conceitos e práticas dos programas e projetos, direta ou indiretamente ligadas a SAN, quebrando a tradição dos programas de cunho assistencialista. De programas, em geral, fragmentados, que focam apenas em alguns grupos ou patologias prioritárias; desenvolvidos em múltiplos setores de forma independente ou, em algumas vezes, de forma divergente, ou mesmo com ações sobrepostas.

A PNAN é uma política que foi avançada para o seu tempo, e ainda é atual, e poderá, se adequadamente implementada, contribuir para uma abordagem integral das questões de alimentação e nutrição, e de SAN.

### **3- OBJETIVOS**

## **Geral**

- 1) Analisar o significado do conceito de segurança alimentar e nutricional para os profissionais das equipes de saúde da família e relacionar como suas ações ofertadas na atenção básica contribuem para a implantação da política de Segurança Alimentar e Nutricional no nível local.

## **Específicos**

- 1) Analisar a construção do conceito de SAN para os profissionais das equipes de saúde da família.
- 2) Evidenciar como as ações de alimentação e nutrição estão inseridas nas práticas de saúde desenvolvidas por esses profissionais.
- 3) Relacionar aspectos facilitadores e dificultadores da execução de ações relacionadas com a segurança alimentar e nutricional, baseado na conceituação elaborada pelos trabalhadores de saúde.
- 4) Discutir como a abrangência das ações desenvolvidas pelos profissionais das equipes de saúde da família contribui para a segurança alimentar e nutricional das pessoas e para a implantação da PNSAN.

## **4- METODOLOGIA**

#### 4.1- Pressupostos Teóricos

Um tema como SAN, que vem sofrendo mudanças conceituais ao longo dos anos e atualmente abarca um conjunto tão diferenciado de questões, leva muitas vezes a confusões semânticas e pode comportar diversos significados, dependendo da formação e da sua apropriação pelos diferentes atores que o utilizam. Esta complexidade leva, também, a interpretações distintas, muitas vezes contraditórias, de acordo com a percepção e o interesse de quem utiliza esse conceito.

Qualquer política pública, por melhor que seja sua formulação, se não for encampada e introjetada por quem a executa, provavelmente não terá êxito ou mesmo chegará a ser implementada. Neste sentido, a análise do impacto das políticas nos beneficiários constitui-se apenas uma parte da avaliação; a análise dos processos de implementação e fatores que a influenciam contribuem substancialmente para avaliação de uma política.

Neste estudo, a proposta foi captar, através do prisma de alguns dos implementadores da PNSAN (isto é, os profissionais de saúde), seu conhecimento sobre o tema e sobre a potencialidade de suas ações de saúde na efetivação da política no nível local.

Apesar da “ciência se opor absolutamente a opinião” (Bachelard, 1972, p.14), sabe-se que os indivíduos imprimem sua subjetividade e experiência das significações em sua práxis, transformando tanto positivamente quanto negativamente diretrizes e políticas.

Para o estudo dos significados e representações do conceito de segurança alimentar e nutricional para esses profissionais, o referencial teórico de apoio foi a teoria das representações sociais, por ser a que poderia conduzir a uma compreensão da apreensão desse conceito por esses trabalhadores e sua utilização para organização de suas ações no trabalho em saúde. Isso porque os significados têm função estruturante e é em torno deles que as pessoas organizam suas ações e suas vidas. Além disso, esses significados passam a ser partilhados dentro de seus grupos e na sua organização.

Utilizou-se a Teoria das Representações Sociais, a partir de Denise Jodelet, que em seus pressupostos agrega os acúmulos teóricos anteriores de estudiosos que vêm estudando essa teoria desde Durkeim, para quem a representação social diz respeito à maneira como nós, sujeitos sociais, apreendemos os acontecimentos da vida cotidiana, seus contextos e atores, a partir de nossas experiências, informações científicas ou não, saberes, cultura e modelos de pensamento, a fim de explicarmos e darmos sentido a vida (Arruda, 2002).

Essa interação do indivíduo com o social e o sentido que ambos se dão acontece de forma processual, ou seja, um conceito não é abruptamente aceito, assimilado e transformado em ação: é necessário, primeiramente que o sujeito apreenda e interaja com esse conceito.

Para que um conceito ganhe significado para o ator social, cada indivíduo o apreende seguindo diversas fases:

- Em um primeiro momento, o apreende segundo seus critérios culturais,
- Partindo de uma fragmentação do conceito para torná-lo acessível ao seu conhecimento;
- Depois dessa fase, faz-se necessário tornar o conceito familiar, baseado no referencial individual de mundo, e dar-lhe um valor que não contrarie esse referencial;
- Só então os indivíduos estarão preparados para acrescentar os elementos científicos fornecidos, dando-lhe um significado próprio, coerente com sua capacidade de compreensão e “aconchegada” entre as demais representações sociais que o indivíduo já tem (Arruda, 2002);
- Todo esse processo de percepções, apesar de básicos, não são suficientes para que os indivíduos assimilem novos conceitos; é necessário que estes se ancoram no seu meio social, ou seja, encontrem aceitação e tenham interação com as representações sociais do grupo social ao qual o indivíduo pertence.

A construção do conceito é a relação do individual com o social. Nessa relação estabelece-se uma rede de pensamentos diferenciados, porém coerentes com o pensamento do grupo social ao qual se pertence, e que será a referência para uma interação positiva ou negativa com o novo conceito. Sempre haverá a necessidade de preservar o significado que é referência para o grupo social, que é a parte mais cristalizada e representa a identidade do grupo.

O significado individual é o espaço onde há abertura para adaptações do novo conceito à prática cotidiana do momento atual. Por isso apesar dos grupos sociais influenciarem essa construção, sempre a representação terá um toque singular, devido à participação das experiências individuais na formulação do conceito.

Ou seja, “a representação social é a construção mental da realidade que permite a compreensão e a organização do mundo, bem como é a que orienta o comportamento” (Canesqui, 2005, p.215).

#### **4.2- Estratégias de Investigação**

No presente estudo, foi priorizado o entendimento dos meandros do subjetivo que influenciam a execução prática da política de SAN, relacionadas com as ações de saúde, e assim contribuir com o esforço institucional da promoção da segurança alimentar e nutricional das famílias e comunidades que são atendidas na atenção básica.

Como o conceito, no Brasil, é muito abrangente e polissêmico, considera-se relevante entendê-lo no espaço micro do atendimento direto à clientela dos serviços de saúde. Essa escolha partiu da observação de que os profissionais de saúde são determinantes para a avaliação, acompanhamento, e atenção dos problemas decorrentes da insegurança alimentar nas comunidades, principalmente nas mais vulneráveis; e são os principais implementadores da política de SAN nesses locais, constituindo-se em atores importantes, que a partir de seu entendimento e assimilação do conceito de SAN em suas ações de saúde, ditam o tom e a efetividade dessa política na prática.

Para conseguir captar a subjetividade dos profissionais de saúde e suas implicações com o tema, optou-se por uma abordagem metodológica que possibilitasse essa expressão e o conhecimento dos fatores que influenciam as ações de SAN na saúde. Citando Denzin e Lincoln<sup>1</sup>(1994), “os pesquisadores qualitativistas estudam as coisas em seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos nos termos das significações que as pessoas trazem para estes”.

Optou-se, então, por realizar um estudo de campo, de abordagem qualitativa, utilizando-se entrevistas semi-estruturadas, que foram analisadas através da técnica de **Análise de Conteúdo**.

### **4.3- O Município**

O município de Campinas, situado no interior do Estado de São Paulo, tem uma população estimada, para o ano de 2007<sup>2</sup>, de 1.073.020 pessoas residentes. Na área da saúde, subdivide-se administrativamente em cinco distritos de saúde, que ao todo conta com 60 unidades de atenção básica, todas pautadas na estratégia do Programa de Saúde da Família.

No Programa de Saúde da Família (PSF), as ações são planejadas e executadas de forma articulada entre os profissionais, potencializando o campo de atuação de cada profissional e valorizando o núcleo de atuação de cada elemento na assistência às famílias; tendo isso em vista, a equipe completa foi entrevistada a fim de captar todos os movimentos na garantia da segurança alimentar e nutricional às famílias e indivíduos sob sua atenção.

A Secretaria Municipal de Saúde tem um departamento de saúde que coordena e orienta as atividades assistenciais e educativas por áreas programáticas, apesar dos distritos e unidades de saúde possuírem autonomia para desenvolverem ações complementares de acordo com seu perfil epidemiológico e social.

---

<sup>1</sup> Denzin, N.K.; Lincoln, Y. S. apud Turato, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da Saúde, definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev. Saúde Pública 39(3), 2005.

<sup>2</sup> <http://www.tabnet.datasus.gov.br>

A área de alimentação e nutrição no município de Campinas é uma área transversal a todas as áreas programáticas, sendo a principal articuladora dessas ações a área da saúde da criança.

#### **4.4- A Amostra**

A amostra foi proposital, composta dos três distritos de saúde (Noroeste, Sudoeste e Sul), caracterizados por possuírem maior número de beneficiários do Programa Bolsa-família (PBF), programa de transferência de renda que tem como critério de inclusão familiar a renda mensal per capita menor que cento e vinte reais. Esse critério foi considerado para possibilitar que a amostra contivesse profissionais que trabalham com uma clientela sabidamente sob maior risco de insegurança alimentar e nutricional devido aos fatores sócio-econômicos.

Os participantes do estudo foram profissionais das equipes de saúde da família, sendo um representante de cada categoria profissional que compõem a equipe de saúde da família em Campinas, chamada de equipe ampliada (médico generalista, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, pediatra e ginecologista/obstetra); para auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, por haver mais de um profissional por equipe, a definição de quem participaria do estudo ficou a cargo dos próprios profissionais.

#### **4.5- Execução da Pesquisa**

No distrito Leste, que não pertencia à amostra, antes do início da fase de coleta de dados foi realizada uma fase piloto para averiguar a adequação das perguntas norteadoras do roteiro da entrevista semi-estruturada, de sua execução e a sua efetividade na abordagem de um tema abrangente e intersetorial.

A inserção no campo de estudo passou por todos os trâmites de autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

Foram nos distritos de saúde, por meio de elementos chave (apoiadores técnicos que acompanham projetos ligados à nutrição e a saúde da criança, dentro dos centros de saúde), que foram escolhidos os centros de saúde participantes da pesquisa. O conceito de segurança alimentar e nutricional foi uniformizado entre os apoiadores, certificando-se que eles conheciam todas as dimensões do conceito brasileiro de SAN e compreendiam o objetivo do estudo, a fim de que pudessem indicar um centro de saúde de cada distrito, seguindo os critérios solicitados: vulnerabilidade sócio-econômica, grande número de beneficiários do Programa Bolsa-família e engajamento com as questões de SAN, na visão dos profissionais do distrito.

Os três centros de saúde apontados pelos apoiadores pertencem ao grupo classificado como de pior ICV<sup>3</sup> (índice de condições de vida) no município, mostrando a qualificada informação dos elementos-chave. Esse índice (criado em 2001 pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas) é composto de oito indicadores, a saber: proporção de população moradora em sub-habitação; proporção de chefes de família sem ou com menos de um ano de instrução; taxa de crescimento populacional anual; proporção de mães com menos de 20 anos de idade; coeficiente médio de mortalidade infantil; coeficiente médio de mortalidade por homicídios; incidência de desnutrição entre menores de cinco anos; incidência de tuberculose.

Após a indicação dos distritos, o passo seguinte foi o contato com as unidades básicas, por telefone, para agendamento, com o coordenador de cada serviço, de um dia para apresentação da pesquisa e do convite para participar da pesquisa a uma equipe de saúde da família.

No centro de saúde, o convite para participar da pesquisa foi direcionado a uma equipe que acompanhasse famílias com maior risco de insegurança alimentar e nutricional e que tivesse sob sua responsabilidade grande número de beneficiários do programa bolsa-família.

---

<sup>3</sup> <http://www.campinas.sp.gov.br/saude>

No dia agendado, a pesquisadora encontrava-se com a equipe, a fim de convidá-la a participar do estudo, explicando-lhe os objetivos, método e garantindo respeito aos quesitos de confidencialidade e privacidade que a pesquisa resguarda, e realizando os esclarecimentos sobre o termo de consentimento livre e esclarecido. As três equipes entrevistadas somaram 18 entrevistados.

As entrevistas foram individuais e realizadas pela pesquisadora, seguindo um roteiro com perguntas norteadoras, mas possibilitando que as pessoas falassem sobre suas ações do cotidiano relacionadas com a alimentação e nutrição e, com isso, pudessem expressar seus conceitos e práticas. As entrevistas foram gravadas em áudio.

Optou-se pelas entrevistas por ser essa modalidade de interação a que possibilita aos participantes a reflexão, refinamento e reelaboração de suas concepções durante a sua execução. A realização de forma individual foi utilizada para evitar a prevalência do conceito formulado por profissionais de maior escolaridade sobre os demais, e pela observação, durante o pré-teste, do constrangimento dos profissionais de nível superior frente à pesquisadora quando não tinham nenhum conhecimento sobre o assunto. Isso possibilitou maior conforto aos entrevistados e a contribuição de percepções individuais ao estudo.

Seguido a cada contato com os participantes, foram registradas no diário de campo as impressões e estímulos que poderiam ter influenciado a entrevista, tanto por parte do entrevistador, quanto do entrevistado. Este procedimento ajuda no controle da qualidade dos dados e evita erros de interpretação.

Após o primeiro contato para as entrevistas, verificou-se com a equipe os registros das reuniões de equipe, no período do último ano, para averiguar o número de vezes em que temas relacionados com a segurança alimentar e nutricional foram discutidos e se houve projetos de apoio às famílias (rede de atenção) com problemas relacionados com a alimentação e nutrição. Essa averiguação foi feita para servir de subsídio na análise da continuidade das ações e nos recursos utilizados pela equipe.

Depois da primeira fase, as entrevistas foram transcritas, apoiada por um colaborador, realizando-se, após esse procedimento, uma pré-análise para evidenciar os temas centrais que apareceram nas entrevistas, prestando atenção nas hesitações, nos silêncios, na retórica e na organização do discurso.

O objetivo da segunda entrevista foi dar um retorno aos participantes e averiguar o entendimento das falas; se os entrevistados julgassem necessário, poderiam acrescentar informações. Caso houvesse mobilização por parte do profissional, após a primeira entrevista, em buscar novas informações sobre o tema, classificar-se-ia, para efeito de análise, como **adendo**, entendendo que essas informações trazem um novo olhar sobre o tema; subsídio que não foi utilizado pelos entrevistados.

Esse retorno para segunda entrevista possibilitou a observação da expressão dos profissionais diante de seu discurso transcrito, seja para manifestar a plenitude do entendimento sobre as questões da pesquisa ou para transparecer a existência de dúvidas na forma como abordaram o tema.

#### **4.6- A Análise**

O processo de análise foi realizado através de uma análise detalhada do conteúdo das falas dos profissionais de saúde, da confirmação das primeiras codificações dos temas centrais e da identificação das categorias, padrões e tendências. Esse processo foi efetuado pela pesquisadora, apoiada nas anotações do diário de campo.

A análise de conteúdo foi o método escolhido porque procura conhecer aquilo que está por trás das palavras e traduz, de forma analítica e interpretativa, o sentido que um indivíduo (ou um grupo) atribui às mensagens verbais ou simbólicas. “O sentido implica a atribuição de um significado pessoal e objetivado, que se concretiza na prática social e que se manifesta a partir das representações sociais, cognitivas, valorativas e emocionais, necessariamente contextualizadas” (Franco, 2005, p.15). As condições contextuais em que se encontram os emissores da mensagem seja sua situação socioeconômica e cultural, seu acesso aos códigos lingüísticos e sua competência para codificá-lo, assim como os seus

componentes cognitivos, afetivos, valorativos e seus componentes ideológicos socialmente construídos, todos são traduzidos nos discursos que falam de seu cotidiano.

Não é objetivo deste trabalho esgotar todas essas traduções, mas entender como essas questões influenciam a prática dos profissionais entrevistados na execução de ações de segurança alimentar e nutricional, que é um conceito que extrapola o tecnicismo de procedimentos, e aponta para ações que estão imbricadas profundamente com temas da sociedade, tais como: fome, pobreza, desigualdade social, direitos humanos, educação, meio ambiente, cultura e hábitos de vida.

Utilizou-se a análise de conteúdo tendo como referencial de adequação ou desempenho as ações esperadas que a saúde desempenhe no contexto de contribuição a SAN, que estão indicadas na PNAN.

A unidade de registro (menor parte do conteúdo) utilizada foi o **tema**, a asserção sobre determinado assunto, o aspecto pessoal atribuído pelo entrevistado acerca do significado de segurança alimentar e nutricional ou suas conotações atribuídas a esse conceito.

Na fase de operacionalização da codificação, os primeiros grandes temas extraídos da exploração do material evidenciavam algumas dimensões do conceito em vigor de segurança alimentar e nutricional, tais como, acesso aos alimentos e utilização biológica dos nutrientes (alimento seguro, qualidade nutricional dos alimentos).

Na continuidade desse trabalho, para cada questão norteadora e suas derivadas, realizou-se a leitura das respostas fornecidas por cada um dos participantes, destacando-se o(s) tema(s) que aparecia(m) nos fragmentos de conversa, iniciando-se pela descrição do significado e do sentido atribuído por parte dos respondentes.

Após esse procedimento, as categorias iniciais, fragmentadas e extremamente analíticas, passaram a ser indicadoras de categorias mais específicas. Para a discussão, essas categorias foram relacionadas com o contexto de influência dos profissionais de saúde, ou seja, com o processo de formação profissional, com as ações de alimentação e nutrição no contexto da atenção básica (preconizados pela PNAN) e com as dificuldades e potencialidades locais desses profissionais na implementação da PNSAN.

## **5- RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## 5.1- Caracterização dos Entrevistados

- Dos entrevistados, 50% tiveram sua formação (em serviço/técnica/graduação) na cidade de Campinas; os outros 50% fizeram sua formação em outras cidades, prevalecendo o Estado de Minas Gerais.
- A média de tempo de trabalho na atenção básica do município de Campinas foi de 4.5 anos.
- Nenhum entrevistado citou ter participado de capacitação ou evento específico de segurança alimentar e nutricional.
- Dois médicos relataram ter realizado cursos na área de nutrição após a graduação.
- Para preservação da identidade dos entrevistados, eles foram nomeados por uma letra e de acordo com a função desempenhada.

Como o primeiro pressuposto para a construção de um conceito é ter tido algum contato com ele, questionou-se sobre as formas pelas quais tomaram contato com o tema, para entender em que nível de entendimento e responsabilização os entrevistados estavam.

Alguns entrevistados relataram ter tido contato ocasional por meio da mídia (TV ou jornal), situando o tema no campo da notícia informal, sem lócus na representatividade social, pois um termo só ganha essa conotação quando faz parte de seu contexto diário, seja porque o valoriza, ou porque é forçado a conviver com ele:

“Já ouvi falar, mas nunca tive acesso a saber o que é mesmo, uma vez eu vi uma entrevista na TV, falando rápido...” (Aux. de Enf. C).

“Ah, assim, bem, pouca coisa, só li assim... Eu li que se aplica a uma alimentação saudável, de qualidade e que é direito de todos” (ACS A).

“A gente ouve na TV e no nosso dia-a-dia a gente tem uma idéia...” (ACS B).

Outros afirmavam já ter tido contato com o tema, apesar de usarem-no como sinônimo de temas que envolviam a alimentação, demonstrando a aproximação do tema com conceitos já familiarizados, o que é possível de ocorrer até mesmo no momento da entrevista, com a partição das três palavras que formam o conceito:

“Acho legal quando aparece alguém envolvido em questões alimentares...” (Médico A).

“... o pessoal da PUCC veio conversar com a gente sobre esse assunto, em alguma coisa para DM e HAS...” (Enf. E).

E outros, ainda, relataram não ter tido contato prévio com o tema:

“Segurança alimentar?... Não.” (Aux. Enf. D).

Mas, todos se dispuseram a construir o conceito durante a entrevista, o que foi manifestado pela permanência na entrevista e pela não desistência da participação.

O fato de ser convidado a participar em uma pesquisa de SAN fez com que os participantes, neste momento, refletissem sobre o fato de este ser um tema sobre o qual se espera que sejam conhecedores:

“Eu fiquei pensando, quando aquele dia você falou...” (*Referindo-se ao dia do convite a participação na pesquisa*) (Médico B1).

## 5.2- Conceito de Segurança Alimentar e Nutricional

O conceito de segurança alimentar e nutricional agrega vários outros conceitos importantes no seu interior, tais como o da **alimentação como direito humano inalienável, como o de alimento seguro, a da agricultura ambientalmente e economicamente sustentável, o da alimentação saudável, o da cultura alimentar, o da qualidade nutricional dos alimentos**. Enfim, ele abarca várias vertentes importantes e interdependentes em seu enfrentamento. Com essa premissa, sabia-se que todo esse entendimento amplo de segurança alimentar e nutricional poderia não estar totalmente construído, mas era importante captar em qual dimensão estava o conceito ancorado em sua inserção dentro da saúde.

Como a apreensão de um conceito é dinâmica e processual, até aquele momento os entrevistados demonstraram que a construção do conceito partia de sua fragmentação, apoiando-se no corpo de conhecimentos da área da saúde, e constituindo-se como a principal categoria emergente das falas para conceituação de SAN a **função biológica/nutricional dos alimentos na produção de saúde**. Essa categoria perpassou todas as falas dos entrevistados, como que traduzindo a ligação do termo alimentação imediatamente, senão que exclusivamente, com o aspecto biológico/nutricional. Essas conceituações estão profundamente arraigadas no processo de formação dos profissionais de saúde.

SAN ainda não tem um corpo autônomo de significado para esses profissionais, por ser essa uma fase que só aparece quando o conceito já tem uma representação social. A construção atual para esses profissionais estrutura-se a partir de suas vivências, cultura e informações de seu campo profissional.

As falas tornam-se uníssonas quanto à produção de saúde, pois traz a representatividade do grupo social dos profissionais da saúde; o termo saúde é o que os mantém unidos enquanto profissionais da área.

Para visualizar-se de qual produção de saúde falam e praticam, parte-se da categoria aglutinadora da função biológica/nutricional dos alimentos na produção de saúde, para extrair outros conceitos agregados que cada profissional traz do seu saber individual, do seu processo de formação e que refletem concepções referendadas em momentos históricos da construção do saber na área da saúde, no que diz respeito à alimentação e nutrição.

O quadro 1 apresenta algumas falas dos entrevistados sobre o conceito de SAN e, na seqüência, a discussão sobre outras concepções que as permeiam.

### Quadro 1- Construção do conceito de SAN pelos profissionais de saúde:

<b>Categoria: Função Biológica/Nutricional dos Alimentos na Produção de Saúde</b>
“Acho que é um modo, uma qualidade de vida, uma alimentação saudável, correta...” (Enf. E).
“... como esse alimento é feito, prazo de validade, o que contém o alimento... se no futuro, se não vai ser prejudicial pra sua saúde” (Aux. enf. D).
“É a pessoa ter acesso a uma alimentação que vai fornecer os nutrientes certos.” (Aux. Enf. C).
“Acho que a gente usar uma alimentação que você tenha baixo custo, com um aporte calórico adequado.” (Médico F).
“Imagino que seja a medida que deve ser tomada, para que toda população receba a uma quantidade de alimentos, que seja relativamente nutritiva pra não ficar desnutrido, sem ter alguma doença por falta de alimentação.” (Médico B2).
“Acho que é uma alimentação correta no dia-a-dia”. (Médico C2)( <i>prescrita pelo médico</i> ).
“Normas para melhorar a dieta” (Médico D).

As falas recuperam a trajetória da alimentação e nutrição no Brasil, porque no processo de sedimentação dos conhecimentos os períodos não se apagam ou terminam, eles sobrepõem-se e interferem nos novos períodos, continuando presentes na fala e nas ações dos profissionais, até que se transformem em novos paradigmas ou não.

Na construção do conceito de SAN, os profissionais estão trazendo suas concepções de alimentação e nutrição, de acordo com seu conhecimento, reconhecimento da importância e tempo de formação, para posteriormente agregá-los a seus referenciais individuais.

Como as diferentes fases da alimentação e nutrição na saúde indicam tipos de ações e abordagens diferentes, e por vezes antagônicas, é importante fazermos uma reflexão a respeito de que paradigmas partem os entrevistados para apropriar-se do conceito de SAN.

As falas que trazem a **prescrição de dietas** (enquanto “normas”) e a **alimentação correta** (a prescrita pelo médico) como constituinte do conceito de SAN (Médicos D e C2), refletem a construção de uma abordagem em que há a preponderância

do saber médico sobre o indivíduo atendido. Como nos relata Martins (2004), essa questão tem sido estudada por muitos autores; desde Foucault tem-se analisado a preponderância do saber médico sobre os indivíduos (extensivas às demais profissões de saúde, por partirem do mesmo modelo hegemônico de formação profissional, como vimos anteriormente). Segundo esse autor, quando a “medicina” se evidencia como ciência, e não se utilizando da ciência enquanto referencial, ela se declara como verdade absoluta e universal, no sentido aristotélico, não sobrando espaço para a autonomia dos pacientes, devendo o sujeito abdicar-se dela em favor da tutela médica. Quando existe essa concepção, as condutas serão prescritivas e ditadoras de ordens, que devem ser cumpridas a risca, com o objetivo de se ter saúde; uma saúde idealizada no pleno funcionamento orgânico, porém isenta “da vida cotidiana dos sujeitos”. Esse processo de construção social da “medicina” é assumido tanto conscientemente quanto inconscientemente como prática adequada por muitos profissionais. “É esta crença na ‘verdade científica’ que faz com que o médico acredite que pode, ou mesmo deve, se dar ao direito de invadir a autonomia do indivíduo para lhe impor a ‘verdade’” (Martins, 2004, p.25).

Essa “crença” leva a práticas autoritárias e detentoras da verdade, tornando-se particularmente agravada quando se impõem a populações em situação de baixa renda, que se encontram excluídas social e politicamente. Além disso, na maioria das vezes, possuem escolaridade inferior a do médico, reforçando duplamente a “necessidade” médica de ditar regras para o bem estar das pessoas.

No Brasil, segundo Alves (2005), a partir do final do século XIX e início do XX, devido à urgência do controle das epidemias da época, para salvaguardar a economia agro-exportadora, desenvolveram-se práticas sistemáticas de promoção à saúde, voltadas principalmente às classes subalternas, baseadas no autoritarismo e imposição de normas, respaldadas pela ciência.

Esse tipo de prática da medicina, totalmente dependente do saber do profissional de saúde, é reforçado até a atualidade pela mídia e pelos vendedores de produtos e serviços para a área. No entanto, essa prática vem sendo questionada por muitos profissionais: alguns, insatisfeitos ao perceber a baixa adesão ao tratamento com essa forma

de abordagem e outros, que encontraram, em outros tipos de abordagem, tais como as práticas integrativas, uma nova dimensão para sua atuação.

Na área da alimentação e nutrição, esse tipo de prática sabidamente não produz adesão (no sentido de não cumprimento da prescrição), como demonstram os estudos de Alves (2006), Castro e Car (2000), Sarqui (1998) e no artigo de Carvalho e Martins (2004).

Se para efetiva abordagem de alimentação e nutrição os resultados que derivam desses referenciais não são satisfatórios, para a construção da SAN, resulta em dificuldades, principalmente na produção de autonomia dos indivíduos e comunidades e na educação nutricional para uma alimentação saudável, que pressupõe co-responsabilização entre profissionais e usuários dos serviços.

O Médico B2, que conceitua SAN através de uma “medida”, uma ação concreta para eliminar os problemas de saúde ligados a alimentação, remete-nos **a relação alimentação e doença**, descrita por Martins (1987) e baseada em Breilh, que defende que cada formação social apresenta um perfil patológico típico, sendo assim possível uma medida que elimine o problema em sua raiz. Essa forma de entender o processo saúde-doença considera, além das causas biológicas, as causas sociais na etiologia das doenças, porém, dentro da estrutura de classes sociais e suas formas de apropriar-se dos bens de consumo. Apesar de na resposta aparecer como “para toda a população”, na seqüência da entrevista as respostas apresentadas consideram a população usuária do serviço como alvo dessa medida, demarcando que isso se deve as condições sócio-econômicas precárias da população. Essa relação entre alimentação e classe social tem eco dentro do histórico da nutrição, e tem reflexos tanto positivos, quando aparece somando-se a causalidade biológica e demonstrando a participação dos aspectos sociais no processo saúde/doença, como negativos, como quando aparece como parâmetro de programas e políticas focadas em classes sociais. Neste caso, essa relação é usada como determinismo para uma classe social possuir alguma patologia, sem aventar a possibilidade de mudança.

O determinismo de patologias para certas classes sociais passa ao largo dos pressupostos contidos no conceito de SAN para as pessoas, pois desconsidera os indivíduos e as comunidades em sua singularidade, na sua capacidade de respostas aos problemas e na sua interação homem/ambiente.

Quando o conceito de SAN se constrói a partir de uma “medida que deve ser tomada para que toda a população...” (Médico B2), transparece a concepção do entrevistado, em relação à função do Estado, e a idéia de ração mínima como medida para a diminuição do indicador de desnutrição (“garanta uma quantidade de alimentos relativamente nutritiva”). Essa concepção reflete a ideologia neoliberal, que toma o Estado de bem-estar social como o gerador dos problemas das sociedades capitalistas contemporâneas, pregando cortes nos gastos e diminuição de programas sociais públicos. A idéia é que o Estado só interferiria no auxílio à pobreza quando esgotadas as possibilidades de auxílio privado e da comunidade (Pessanha, 1998). Esse tipo de concepção, que aparece nessa fala, acarreta ações reduzidas, impositivas e estabelecem um julgamento específico e universal aos indivíduos e famílias atendidos nesse serviço.

A conceituação baseada no **aporte calórico adequado** como estratégia de combate às carências nutricionais vem de longa data:

No Brasil, nas décadas de 40 e 50, as idéias sobre a racionalização da alimentação tiveram como base o contexto político social que apontava a fome e a desnutrição como os principais problemas de saúde e nutrição. Desde então, guardando os diversos momentos conjunturais, nasce uma retórica institucional fundada no incentivo da adequação energética para a alimentação das populações de baixa renda. A questão que se colocava, e ainda se coloca, não está em esgotar a produção da fome, mas em oferecer um discurso amparado pelo conhecimento científico (Silva, 2002, p. 1373).

Determinantes históricos na política de alimentação e nutrição e na formação dos profissionais de saúde, e que muitas vezes persistem até hoje, fazem com que muitos profissionais ainda tenham uma postura frente à alimentação focada na quantidade calórica ingerida e nos componentes dos alimentos.

Na década de 70 do século passado, quando a justificativa do problema alimentar passou a ser a renda (Santos, 2005), somaram-se a questão calórica os alimentos de baixo custo; desde então, o cardápio orientado deveria ser “baseado em práticas alimentares simples e factíveis”, premissa que fez parte da formação de muitos

profissionais e de muitos documentos oficiais recentes, abordado por uma metodologia baseada no behaviorismo.

O foco no indivíduo e na mudança comportamental para que haja adequação da alimentação desconsidera no cenário das causas das carências nutricionais o papel da estrutura econômica, dos hábitos e dos costumes alimentares das pessoas.

Essa concepção reconhece as iniquidades sociais como elementos importantes nas carências nutricionais, mas centraliza as orientações nas mudanças de atitudes, como forma de superação do problema. Assim, toma os indivíduos e grupos socialmente excluídos como pessoas dependentes que devem ser ajudadas, socializadas e treinadas e não como cidadãos de direitos.

No entanto, relacionar esse conhecimento com a concepção de SAN traz como fator positivo o olhar da adequação da orientação nutricional à capacidade de compra das pessoas e à produção local dos alimentos, que são aspectos importantes na abordagem de SAN.

O avanço apontado em direção à segurança alimentar e nutricional é considerar a “dieta real”, aquela que pode ser adquirida, abandonando o aspecto da dieta ideal. Esse avanço se concretiza desde que não permeie uma idealização nivelada por baixo, ou seja, a escolha dos alimentos para a população, adequando seu valor nutricional e impondo-a tanto quanto àquela idealizada fora do contexto local.

A preocupação com as dimensões da disponibilidade do alimento e de seu acesso (mesmo que somente sob o aspecto econômico) facilita para o profissional a aproximação do conceito de SAN, pois considera as particularidades das famílias no contexto de vida das pessoas.

O conceito construído quando subsidiado pela **qualidade nutricional** dos alimentos evidencia a formação cartesiana dos profissionais de saúde, que considera o corpo uma máquina e o alimento seu combustível, na busca da homeostasia. Essa concepção, reforçada pela própria ciência da nutrição, que também seguiu o mesmo modelo de fragmentação do homem, possibilitou grandes avanços no saber nutricional do ponto de

vista bioquímico, mas levou a difusão dessa abordagem unilateral, como se essa fosse uma abordagem completa. A orientação alimentar passa a constituir-se como sendo apenas uma ferramenta, de medidas racionais, afastando o aprofundamento de uma reflexão crítica rumo a uma solução efetiva dos problemas alimentares (Benevenuto, 1994). Esta focalização no aspecto nutricional é reforçada no contato com o ambiente hospitalar (dietoterapia), onde os profissionais da saúde passam a maior parte de sua formação profissional.

O enfoque nutricional, apesar de ser importante para SAN, não pode ser o único a ser abordado nas questões de alimentação e nutrição. Essa forma tradicional no trabalho em saúde, ao ser utilizado isoladamente, pode dar a sensação de poder de resolução dos problemas alimentares dos indivíduos, o que não é real, por racionalizar uma questão complexa e profundamente relacionada com outras dimensões de vida do ser humano.

O reconhecimento do valor nutricional dos alimentos não é novidade para os profissionais de saúde e, cada vez mais, para a população em geral (basta ver o grande número de matérias sobre o tema em publicações não científicas). Porém, pode-se perceber pelos indicadores nutricionais que, apesar dos conhecimentos estarem disponíveis para a grande maioria da população e para os profissionais de saúde, os problemas nutricionais persistem e alguns evoluem, demonstrando a complexidade desse tema.

A série histórica dos indicadores nutricionais e o recrudescimento de outros dão a prova de que só o reconhecimento do valor nutricional dos alimentos não é suficiente para a garantia de SAN e que outros fatores necessitam ser levados em conta para que haja impacto na saúde das pessoas.

O Médico A, em seu conceito de SAN (“Várias coisas... higiene, conteúdo, quantidade, entra tudo, qualidade; não sei bem o que é isso daí.”), enfatizada por sua abordagem nutricional baseada no aporte calórico, revela sua preocupação com o alimento do ponto de vista nutricional, ferramenta que, se aplicada corretamente, resultará no equilíbrio perfeito do indivíduo, enfatizando a função biológica/nutricional dos alimentos na produção de saúde.

“Se você vê o que tem de obeso nesse bairro, tem pessoas que você vê que come errado, compra errado... eles preferem muito mais um salgadinho do que comprar uma fruta aqui...” (Médico A).

Essa abordagem, da forma como foi relatada, parte da premissa da existência de uma dieta CERTA (orientada pelo profissional “falta alguém que oriente que tem que ser feito assim, de outra maneira tá errado” – Médico B2) e de uma ERRADA (“compram errado, não sabem comprar... eu acho revoltante” – Médico F). A dualidade entre o saber técnico, carregado de verdades absolutas, e o saber leigo, do indivíduo que não sabe e faz errado, demonstra a prevalência do poder científico, não permitindo o poder de argumentação ou de escolha do usuário.

As questões alimentares e nutricionais envolvem, quase sempre, múltiplas dimensões a serem consideradas conjuntamente. Não basta saber o valor nutricional, não basta uma boa prescrição de alimentos “corretos” para alterar o perfil alimentar dos indivíduos.

A dimensão da qualidade nutricional está integrada ao conceito de SAN, mas sozinha, apesar de todos os avanços na análise e composição nutricional dos alimentos, historicamente não consegue contemplar as dimensões sociais e de escolha da alimentação. Essa conceituação de SAN, unicamente atrelada ao valor nutricional, se não ampliada com conhecimentos sócio-culturais, facilmente cai no engodo de soluções rápidas, padronizadas e simples, como as rações mínimas balanceadas e tantas outras idéias que não consideram o indivíduo e suas dimensões psico-socio-espirituais.

A conceituação construída a partir da **segurança dos alimentos** (alimento seguro/food safety) é um dos enfoques contidos no conceito de SAN no Brasil, que significa a garantia do consumo alimentar seguro no âmbito da saúde coletiva, ou seja, livre de contaminantes químicos, biológicos, alterações físicas ou de outras ordens que ponham em risco a saúde das pessoas (Cavalli, 2001). Essa construção torna-se próxima dos profissionais de saúde na medida em que o termo **segurança**, contido em SAN, remete às atividades conhecidas de vigilância de alimentos.

“Segurança alimentar, a gente tem uma idéia de quando o alimento está adequado para o consumo, na saúde, ter cuidado com a cólera, com as mãos, com a verminose, e também na maneira de manipular o alimento...o básico para mim é não haver contaminação.” (Médico D1).

Associar SAN aos conhecimentos de vigilância ou do conceito de alimento seguro, devido ao fato de esses temas serem relativamente distantes do cotidiano das unidades básicas, pode trazer a idéia de que essa política não se aplica no âmbito da atenção básica, não incentivando o indivíduo a aprofundar seus conhecimentos em relação ao tema.

Os que conceituaram SAN trazendo a abordagem da **promoção à saúde** trazem o eixo mais atual da saúde pública, que se instituiu após o esgotamento do paradigma biomédico diante dos novos desafios sociais, políticos e culturais e da mudança do perfil epidemiológico da população (Carvalho, 2004b). A promoção de hábitos saudáveis tem sido uma premissa da OMS (desde os anos 70) e, no Brasil, apresenta-se sob várias propostas, como a da Vigilância à Saúde e a das Cidades Saudáveis; também na PNAN se faz presente, preconizando as práticas alimentares e estilos de vida saudáveis. Essa aproximação com a promoção à saúde traz avanços na abordagem de SAN porque contempla a intersetorialidade, a autonomia dos sujeitos e a multidimensionalidade do processo saúde-doença; segundo Buss (2000) nessa concepção, a saúde deixa de ser um estado biologicamente definido, para ser compreendido como um estado dinâmico e socialmente produzido.

“O ideário da promoção à saúde pode contribuir para a ruptura entre velhas e novas práticas em saúde” (Carvalho, 2004b, p.676), apesar de que seus pressupostos possam também, em uma outra linha de concepção da promoção a saúde, servir a valores da democracia neoliberal, levando a centralidade das responsabilidades pela mudança de hábitos e pela saúde para o indivíduo, abstendo a responsabilização do Estado sobre os determinantes do processo saúde-doença.

Chama a atenção que uma pequena ampliação do conceito de SAN reflete-se na ampliação das ações propostas para sua garantia e envolve a participação de outros atores, como os agentes comunitários na realização de visitas para aquelas famílias que passam

fome, no encaminhamento para a assistência social e na proposta de cursos para geração de renda.

As concepções que valorizam a qualidade de vida e a alimentação saudável têm como resultado uma atitude positiva em relação ao usuário e às possibilidades de fortalecimento dessas pessoas.

Chama a atenção que essa concepção é individual do profissional, não permeando o conceito dos outros membros da equipe e demonstrando que a PNAN e o contexto de SAN está dado a todos os profissionais de saúde, mas só isso não é suficiente para garantir ações promotoras de SAN. Isso porque no espaço autônomo do profissional ele reproduz em suas práticas o caminho histórico do seu saber, de suas representações sociais de sociedade, de indivíduo e de saúde. Reforça-se, assim, a importância da interdisciplinaridade entre os profissionais nas unidades de saúde, no compartilhar e refletir sobre seus diversos saberes para a potencialização das ações de saúde; sem a busca de uma compreensão única, o que não seria possível nem desejável na produção de trabalhadores autônomos e críticos.

Como podemos observar não há uma única direção na construção do conceito de SAN pelos profissionais de saúde; eles se aproximaram dessa temática seja por ocasião da entrevista ou pregressamente de maneira ocasional, relacionando esse conceito com significados estruturados de suas práticas, a partir do processo histórico em que foram formados, de concepções de seus formadores ou influenciados por grupos sociais externos a saúde.

Considerando o cenário para a construção do conceito de SAN, os conhecimentos, concepções e abordagens trazidas como pano de fundo para sua assimilação mostram uma disparidade de paradigmas frente à alimentação e nutrição dos usuários, e constituem-se como reflexo das representações sociais do profissional enquanto indivíduo e não enquanto equipe.

As conceituações, embora fragmentadas, se agrupadas, consolidaram-se no aspecto nutricional do alimento. Pode-se, desta forma, considerar que apareceram os conceitos de **alimento seguro, alimentação saudável** (no sentido de produção de saúde), e

**qualidade nutricional dos alimentos.** Não apareceram as concepções sobre **a alimentação enquanto direito humano, a cultura alimentar e a agricultura ambientalmente e economicamente sustentável,** evidenciando o foco de atenção fortemente voltado ao biológico e ao técnico.

Este panorama instiga a reflexão sobre que tipo de atenção em alimentação e nutrição a população recebe no dia-a-dia das unidades? Nas falas, emergiram além da preocupação central com a utilização biológica/nutricional dos alimentos para a produção de saúde, várias concepções que influenciam a prática desses profissionais, que passa pela submissão total dos pacientes ao saber da saúde, pelo foco nas mudanças de comportamento, pelo determinismo social da doença, pelo empoderamento do indivíduo para mudança do processo saúde-doença e pela garantia de segurança dos alimentos por parte do setor saúde.

Poderia esse conceito ainda fragmentado, neste momento, estar produzindo SAN nas pessoas atendidas por esses profissionais? Como eles pensam que acontece a SAN nas pessoas e na comunidade?

### **5.3- A Segurança e a Insegurança Alimentar e Nutricional na Visão dos Profissionais de Saúde**

Os profissionais, diante de suas concepções de SAN, relacionaram as ações que garantem a SAN e as que determinam a ISAN. Essas categorias apresentam-se no quadro 2 abaixo.

Os determinantes de insegurança alimentar e nutricional, seguindo a coerência da construção do conceito de SAN pelos profissionais, partiram da responsabilização do indivíduo, passando pelo contexto social em que vivem, o ambiente da casa das pessoas, pelas políticas públicas de educação e de desenvolvimento e pelo estilo de vida moderno.

Segundo os entrevistados, **hábito e acomodação** são os determinantes ligados ao indivíduo que são responsáveis pelo fato do indivíduo não ter segurança alimentar e nutricional. Essa forma de enxergar a etiologia do problema vem carregada de culpabilização e responsabilização das pessoas por estarem nessa condição.

“Acho que os costumes, acomodação, às vezes a gente pensa que não faz mal, nunca vai fazer... acho que a falta de preocupação mesmo.” (Aux. Enf. D).

A alimentação é carregada de simbologia para os povos e o que às vezes simplesmente é classificado como costumes ou hábitos, traz todo um valor afetivo possível, difícil de ser modificado:

Não é a suposta ignorância que impede o consumo de produtos adequados e de baixo custo. De um modo geral, há um vasto rol de informações circulando entre as famílias pobres. Mas elas enfrentam dificuldade em substituir hábitos solidamente implantados ou para adequá-los ao saber científico, pois esses hábitos fazem parte de um sistema, onde cada item ocupa um lugar que faz ‘sentido’, pois está integrado em um corpo de saberes. Torna-se difícil encaixar novas orientações porque as regras alimentares estão incorporadas na interioridade dos sujeitos e encapsuladas pelo aspecto afetivo e pelo prazer que proporcionam. O grande dilema de todos os profissionais da área da saúde que trabalham com essas questões é que eles se deparam com a realidade cultural da população pobre diversa daquela produzida pelo conhecimento científico, de que esses são portadores (Romanelli, 2006, p. 337).

“É a falta de interesse, o pessoal pode plantar um alimento e ter na sua casa e não tem, joga que, ah... eu não tô trabalhando, não tem como ter...” (Aux. Enf. C).

**Quadro 2-** Determinantes de Insegurança Alimentar e Nutricional (ISAN) e as garantias de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na perspectiva dos entrevistados.

DETERMINANTES ISAN	TIPO DE DETERMINANTES	DETERMINANTES SAN
Hábito	INDIVIDUAIS	Informação à população
Acomodação		Informação à população
Falta de instrução/orientação e a condição social de pobreza	SOCIAIS	Distribuição de cestas básicas; aproveitamento de alimentos; informação nutricional.
Ausência de recursos financeiros das pessoas		Incentivo a produção de alimentos e fornecimento de informação seja para a produção ou para o aproveitamento de alimentos; e informação nutricional.
Condições de vida, relacionados com o ambiente.	AMBIENTAIS	Informação à população; Política de vigilância de alimentos.
Deficiência das políticas de educação e de desenvolvimento.	POLÍTICO	Apoio de ONGs para o fornecimento de alimentos; educação formal
Tempo para uma alimentação saudável, devido o estilo de vida moderno.	ESTILO DE VIDA	Melhoria das condições de emprego e renda

As famílias em situação de exclusão social sofrem um acúmulo de problemas, desvantagens e riscos que levam à pobreza econômica, ao enfraquecimento dos laços intrafamiliares e sociais, ao descrédito social e até mesmo à perda da identidade. A exclusão ocorre ao fim de trajetórias individuais nas quais se acumulam perdas, rompimentos e privações, acompanhadas de mecanismos sociais que tendem a estigmatizar, marginalizar ou rejeitar os que sofrem tais processos. É importante romper esse ciclo de exclusão e preconceito na produção de sujeitos autônomos que consigam enxergar uma saída para seus problemas. Sentenças generalizantes, como as contidas nas entrevistas, demonstram os estigmas que as famílias e indivíduos que se encontram nessas condições necessitam transpor para conseguirem acesso aos serviços.

Como os entrevistados, em sua conceituação de SAN, aproximam-na dos conhecimentos relacionados com o alimento como produtor de saúde, sem considerar as dimensões sócio-culturais da alimentação e os demais aspectos de SAN, ocorre uma tendência a não entender como as pessoas não seguem o prescrito, o indicado, para obtenção da saúde, responsabilizando-os exclusivamente pela situação de risco a saúde.

As garantias da SAN fundamentadas no aspecto individual centraram-se na garantia da **informação nutricional**:

“O serviço de saúde com uma nutricionista orientando a dieta balanceada”. (Enf. D).

Os entrevistados retomam a idéia de que a informação nutricional voltada à educação para o consumo de alimentos é uma educação alimentar e nutricional voltada para aprimorar hábitos, difundir noções de higiene e adequar à composição da dieta alimentar, de modo a prevenir doenças e deficiências, um pensamento que aparece de forma recorrente durante as entrevistas.

Estudos demonstram que tradicionalmente essa abordagem nas unidades de saúde tem-se constituído como um espaço informativo, onde os sujeitos são considerados “desprovidos do saber” e trabalha-se, basicamente, com a transmissão de conhecimento. A utilização da pedagogia tradicional (informativa) é a que prevalece, o que poderia ser justificada por ser a mais “confortável”, do ponto de vista técnico, para os profissionais.

Porém, na prática, mesmo sendo executada dessa forma, ela tem sido, sempre que possível, delegada ou evitada. Boog (1999b) mostra em seu estudo que a educação alimentar é um tema que gera nos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) angústia em sua condução.

“Olha, teria que estar trabalhando isso lá na ponta, com pediatras, com agente de saúde, trabalhando com auxiliar de enfermagem...” (Médico A).

Chamou a atenção um médico de saúde da família ao considerar que a garantia da SAN é responsabilidade de outros profissionais que supostamente têm maior contato com a população (“lá na ponta...”), quase se eximindo da responsabilidade sobre essa questão. O médico de saúde da família é o profissional do qual se espera dedicação em tempo integral na unidade a fim de formar o maior vínculo possível com os pacientes, fazer ações educativas no território, ir até a casa das pessoas em visitas domiciliares. Sendo assim, deveria ser o profissional mais aberto às questões de educação em saúde. Podemos inferir com isso, que apesar da proposta preconizada pelo programa de saúde da família constituir-se de medicina ampliada, muitas vezes o profissional mantém o mesmo padrão de atendimento clássico, utilizando-se apenas das ferramentas tradicionais na abordagem a população (consultas, exames, medicamentos), omitindo-se de sua responsabilidade na educação em saúde.

Citando Albuquerque e Stotz (2004, p.260) “a integralidade tem sido de difícil execução e garantia efetiva para a população, tendo em vista que demanda mudanças na concepção de trabalho dos profissionais, na chamada ‘caixa-preta’ do consultório, onde as ações curativas permanecem completamente dissociadas da promoção da saúde e da prevenção”.

Não há dúvidas que um processo de educação alimentar e nutricional seja capaz de produzir transformações e contribua na garantia da SAN, contanto que se utilize de metodologias que produzam reflexão e autonomia nos indivíduos, respeitem suas tradições e suas especificidades locais.

Diante dessas reflexões, questionou-se: o que estaria sendo considerado como ação educativa? Seria apenas um processo diretivo?

“A gente nunca discutiu, não [*sobre alimentação, em equipe*]; a gente discute assim, o grupo de desnutrido e de anemia” (ACS A).

Tem se focado apenas na questão nutricional?

“A gente tem um grupo de desnutrido, que é com a pediatra, aí é uma vez por mês, e os desnutridos são pesados e medidos, pra ver se eles estão crescendo e se estão nutridos, e aí também a pediatra orienta sobre alimentação” (ACS A).

Teria o objetivo de apenas prover informação, sendo executado por ser uma tradição da ação de alimentação e nutrição?

*Falando da atuação nos grupos educativos:* -“cada um fala da parte da sua área. Eu faço a orientação médica, o porquê e o tipo da alimentação” - Médico B2.

*Falando do tema alimentação no grupo:* “pra eles não é uma coisa tão importante” - Médico A.

Nesses relatos podemos evidenciar o tecnicismo sobre a abordagem alimentar, em que algum profissional (em geral, o médico) chega **ao** grupo e **prescreve** o que deve ser feito, quase impossibilitando que esses momentos constituam-se em momentos de educação, na mais ampla concepção da palavra; são apenas momentos de informação à população, deixando totalmente a critério do usuário a sua utilização ou não.

É importante, como diz Mendonça (2002), que não se entenda que à saúde cabe apenas a transmissão de conhecimentos técnicos, e que as questões sociais são atribuições de outros setores, porque essa concepção, por si só, já fragmenta e compromete a assistência efetiva em saúde.

Ampliando a determinação de SAN e ISAN para o campo social, os entrevistados associaram a ISAN à **falta de instrução** (ausência de conhecimento) por pertencer à **classe social menos favorecida**:

“Eu acho que é a falta de instrução, basicamente isso. A partir do momento que você coloca pra elas essa possibilidade, as mães mais carentes, aquelas que vinham sujas, com as crianças sujas, sem prestar atenção... a mudança delas quando no grupo tá todo mundo arrumadinho, bonitinho, limpinho e que se fala de higiene, se fala de alimentação, até o ganho ponderal muda; a hora que você fala um pouco, tentando passar, pra quem não sabe nada mesmo...” (Médico F).

Reflete-se, nesta fala, a representação que essa coletividade tem para o profissional, atentando-se para o que essas concepções trazidas para a atividade educativa acarretam. A fala acima traz novamente a formação sob a concepção behaviorista da mudança de comportamento, que afirma que o indivíduo deve ser treinado para ter um comportamento alimentar adequado.

No processo de educação, os indivíduos nunca são sujeitos “que não sabem nada”: sempre há uma história, uma experiência, uma opinião, uma percepção, principalmente pensando-se em educação de adultos e em mudanças de hábitos e costumes. Para a produção de mudanças duradouras e conscientes é necessário partir do concreto, do construído e vivido, para em um processo de troca provocar reflexão nos sujeitos, o que os levará a produzirem suas próprias transformações.

A ligação entre pobreza e a falta de conhecimentos sobre higiene e alimentação, relacionando-os com problemas alimentares (principalmente a desnutrição), são interações incorporadas ao cotidiano dos serviços de saúde na atenção básica. Esse conhecimento não colabora para a promoção de SAN quando considera o indivíduo uma “tábua rasa”, para quem é necessário prescrever um modo de vida e de comportamento, pois não insere o indivíduo ou comunidade como co-responsável pelas soluções dos problemas. Além disso, não considera que a insegurança alimentar e nutricional afeta várias dimensões e fases, que podem ainda não estar expressas pela antropometria.

A ligação entre alimentação e renda, dentro dos determinantes sociais, foi demonstrada ao considerar os **recursos financeiros** como determinantes da ISAN:

“O acesso a comida saudável, pode ser que eu coma várias porcarias, lanches, salgadinhos, porque eu não tinha dinheiro para uma comida saudável, então eu engano a fome.” (Enf. D).

Profissionais que consideram exclusivamente a ausência de dinheiro como a causa da insegurança alimentar e nutricional, saem do campo da fatalidade da condição social ou da culpabilização individual que nos remetiam as falas anteriores e apontam para causas maiores que o contexto da comunidade.

Nas camadas de menor renda, os gastos com alimentação podem comprometer parcela significativa do rendimento das famílias, levando-as a restringir o consumo, por ser muito difícil economizar em outras necessidades da vida cotidiana. Pensar em soluções locais é importante em um município como Campinas, que tem 26,1% de sua população com rendimento médio total abaixo de um salário mínimo e em situação de insegurança alimentar grave, ou seja, com restrição de alimentos (Segall, 2003). Porém, essas soluções devem ser construídas junto com a comunidade a fim de que possam produzir impactos substanciais em sua condição de vida.

Os entrevistados que relataram determinantes do tipo social demonstraram que conseguem enxergar um perfil comum que leva a ISAN e que extrapola o indivíduo, ampliando mais a visão.

O médico C1, dividindo-se entre a **condição social** e a educacional como fatores causadores da ISAN, aponta como solução para garantia de SAN uma **política emergencial de distribuição de alimentos**:

“... eu acho que tem que estimular alguma política de distribuição de alimento ou de renda, não sei se o que é feito hoje em dia tá dando certo, mas trabalhar em cima de renda... cesta básica... é uma coisa muito ampla” (*reforço a pergunta na questão da segurança alimentar*)  
“Eu acho que seria a cesta básica”. (Médico C1)

Políticas emergenciais de distribuição de alimentos muitas vezes são necessárias para combater a fome de hoje, do agora; porém, elas não garantem segurança alimentar e nutricional por esbarrar em fundamentos importantes para a SAN. Os quesitos importantes que não contemplam são: regularidade e quantidade adequadas (os programas são planejados para uma necessidade média ficando sempre aquém ou além do necessário para a família) e não respeito ao direito de escolha dos indivíduos (na maioria das vezes, as

cestas não são condizentes com as preferências, hábitos e costumes da família). Além desses quesitos, essas políticas não valorizam o indivíduo como cidadão de direito capaz de obter uma alimentação adequada provida por si próprio e condizente com uma vida digna.

Essa ação, apesar de todas as suas contradições, é uma prática incorporada ao senso comum; quando alguém tem necessidade alimentar, oferece-se uma cesta básica. Programas assistenciais e humanistas trabalham nessa lógica, e até um passado bem recente, a própria saúde também fornecia cestas básicas aos desnutridos; o importante é compreender em que contexto essa ação deve ser usada; como política emergencial, e não como uma prática solucionadora dos problemas alimentares da população e de cunho permanente.

Profissionais que ampliam um pouco a concepção dos determinantes da SAN pensam em soluções mais práticas e consideram a potencialidade das pessoas da comunidade em executá-las. Em seus relatos, aparecem a **produção de alimentos e orientação para tal, o aproveitamento dos alimentos e a informação nutricional direcionado a potencializar os poucos recursos** como fatores que garantiriam a SAN:

“Incentivo, assim, num terreno público, plantar alguma coisa pra pessoa ter, aquelas que não conseguem trabalhar; e ensinar, que eu acho assim, tendo um ensinamento, acho que fica mais fácil, ensinar a plantar, a criar uma galinha, criar alguma coisa, a partir desse momento, a pessoa aprende a cultivar, e ela vai ter...” (Aux. Enf. C).

“Faltam hortas comunitárias para a população, e eles jogam muita coisa fora, poderiam aproveitar os alimentos.” (Aux. Enf. D1).

“Tem paciente que tem dieta só de biscoito, vive comendo biscoito, então em vez de comer biscoito, poderia comer uma fruta, que é até mais barato, e mais saudável... isso a gente orienta” (Médico B1).

É possível observar nestas falas que o componente de responsabilização individual persistiu, mas seu diferencial consiste em trazer alguns elementos que sinalizam a responsabilização do Estado (quando fala, por exemplo, em “terreno público”, “ensinamento” para o cultivo e produção). Dessa forma, traz uma noção de Estado de bem

estar social, modalidade redistributiva, demonstrada na concepção de “cobrança” ao Estado na reparação da distribuição e produção de bens e serviços, na perspectiva do direito a todos, independente do mercado (Pessanha, 1998).

Essa concepção do papel de Estado não deve constituir-se como fator imobilizador para as políticas locais de SAN, considerando-o como algo distante, com soluções grandiosas e a curto prazo; mas pode ser fator propulsor na co-responsabilização sobre a situação em todos os níveis de atuação do Estado (municipal, estadual e federal) e para o desenvolvimento da cidadania e participação dos usuários.

O incentivo a hortas comunitárias, produção de alimentos pela agricultura familiar e acesso a terra são exemplos de políticas estruturantes e que fortalecem a economia local e, sabidamente, garantem a SAN. Porém, não se deve esquecer que apesar do país ser um grande produtor agrícola, nas grandes metrópoles, as famílias que hoje se encontram excluídas sócio-economicamente são frequentemente formadas por adultos jovens e por crianças que já nasceram nas grandes cidades. Desta forma, a atividade agrícola é estranha ao seu cotidiano e de pouca valorização na comunidade. Para que essa ação se torne realmente promotora de SAN, é necessário o resgate e a promoção dessas atividades, considerando-se o apoio para crédito e comércio, além do aprendizado técnico para que ganhe potência na comunidade.

A garantia de SAN, para esses entrevistados, apesar de focar na ação e na possibilidade de se fazer algo em nível local (o que significa um avanço na concepção de SAN), parece fazer parte do campo das sugestões, não se relacionando com os projetos ou ações das unidades de saúde.

Ao considerarem o **ambiente** como fator de risco a ISAN, os profissionais estavam preocupados, principalmente, com a segurança dos alimentos, do ponto de vista sanitário e de conservação:

“... tem a ver com ambiente, você nota que em uma casa mais adequada, sempre uma mesma pessoa prepara as refeições, é sempre melhor a higiene das mãos e do alimento. Agora se ela chega de qualquer jeito, correndo, às vezes dando banho no filho, limpando o

filho que acabou de defecar, e tá preparando o jantar, ela já não lava adequadamente as mãos, tá tudo ali, no mesmo ambiente, às vezes onde se cozinha é onde se dorme, não há uma adequação, às vezes até ali pertinho tá a cozinha, corre o esgoto, lixo, água, eu acho que a condição de viver ali é que determina” (*a insegurança alimentar*) (ACS B).

As condições de vida precária estão ligadas a vários fatores de risco à saúde em geral, e também à insegurança alimentar e nutricional. Ambientes inóspitos realmente dificultam muito a garantia da SAN; quando a profissional reporta esse fator de risco, quer nesse caso focar na dificuldade da higienização e conservação dos alimentos, relacionando a conceituação de SAN com o enfoque no alimento seguro. Para essa concepção, aparecem como garantia da SAN **políticas setoriais específicas**:

“Política de vigilância dos alimentos, do acondicionamento dos alimentos, preparo dos alimentos pra consumo.” (Médico B1).

“Eu acho que a questão de informação é muito importante, porque mesmo vivendo em um ambiente inadequado, ainda ela não sabia que aquilo poderia até causar uma morte... Então é importante falar a informação básica mesmo, de questões de higiene.” (ACS B).

A inspeção sanitária dos alimentos é uma face importante na garantia da SAN, pois garante o direito do cidadão em obter um produto adequado para consumo; na importação de alimentos, fiscaliza-se a adequação à legislação nacional e normatiza-se um conjunto de procedimentos que garantem a saúde e a segurança alimentar (tais como rótulos, aditivos, embalagens, propaganda e padrões adequados de produção).

Como em SAN nenhuma questão é estanque, isolada, é importante olhar para a legislação como uma ferramenta a mais na construção da SAN. Uma ferramenta não só para o aspecto punitivo, mas também educativo, na disseminação de conhecimentos científicos e tecnologias acessíveis a pequenos e médios produtores urbanos e rurais de alimentos e à população em geral. Esse caráter educativo contribui para que a legislação, ferramenta tão importante, não reforce a concentração de atividades e riquezas nas mãos de poucos, excluindo e marginalizando os demais produtores e promova uma alimentação segura a todos.

Como a vigilância em saúde é compartilhada em todos os níveis de atenção, aparece também como responsabilidade da atenção básica no provimento de informações sobre higiene e segurança dos alimentos.

A concepção de alimento seguro, apesar de muito presente nas entrevistas, apresenta-se mais voltada para a concepção de higiene do que para os rótulos, aditivos, embalagens, propaganda e padrões adequados de produção e, muito menos, para os direitos do consumidor.

As falas que trazem justificativas mais abrangentes para a situação de insegurança alimentar e nutricional consideram fatores de risco que estão fora do setor saúde e que são determinados pelas **condições macroeconômicas e suas políticas (ou ausência delas)**. Razões determinantes da ISAN mais amplas se demonstram nas falas abaixo:

“Educação, a parte do governo, é que tem que tá muito presente nisso aí, educação da população, comida, dinheiro para a população, são várias... acho que é bem amplo isso aí, não é uma coisa localizada, é muito o mundo que a gente vive, país de 3º mundo, teria que melhorar muito as condições de vida da população, financeira e educação, higiene... políticas de higiene” (*fiscalização sanitária*) (Médico 1B).

“Principalmente a condição social e a educação alimentar. Hoje em dia desde a escola acho que é muito falha, não tem esse aprendizado escolar, falta um pouco disso também... e a condição social devida” (Médico 1C).

Certamente baixa escolaridade é um fator de risco para o cuidado adequado da saúde e também da segurança alimentar e nutricional. No inquérito de base populacional de Campinas, demonstrou-se que nos setores censitários onde menos de 25% dos chefes de família possuíam o nível universitário, a frequência de insegurança alimentar é de 42,7% (Segall, 2003). O que não é suficiente para inferir que a baixa escolaridade é o único determinante de ISAN, devido a ISAN poder aparecer a despeito dessa variável. Isso amplia o fator causal da ISAN, tirando a culpa do indivíduo e da comunidade, o que é positivo para interferir nas causas do problema e não só em seus efeitos.

“O governo... que não se interessa; porque quem mantém o país são os ricos, então, porque investir nos pobres? O pobre se vira, uns ajudam os outros” (ACS A).

“Eu acho que é basicamente a questão sócio-econômica e principalmente a questão cultural, *(explica em outra fala que chama de cultura o estudo formal)* acho que nós passamos um pouco a fase de carência de alguma coisa pra comer, que levava à desnutrição, porque a maioria das pessoas tem condições de ter alimentação. Mas, não tem a qualidade de alimentação, ora porque não tem condições de comprar uma boa alimentação, ora tem condições de comprar e compra coisa errada.” (Médico 2B).

O determinante político tem uma dupla conotação: ao mesmo tempo em que amplia a determinação por remeter à idéia de responsabilidade da sociedade e do Estado pelas condições de vida, pode também refletir em um distanciamento pelos profissionais na busca de soluções, o que pode levar a um imobilismo ou uma terceirização do problema.

Soluções apontadas em direção à SAN, que levaram em conta o determinante político, delegaram à **educação formal** (“chegar a pelo menos a fazer o colegial” – Médico B2) ou às **ONGs** o papel de suprir a falta do Estado na garantia ao acesso a alimentação (terceirizando o problema).

“Acho principalmente que é cultura, tem que dar estudo pras crianças, pra a longo prazo... pra ajudar eles entenderem, orientar a importância da alimentação, na qualidade da alimentação; melhor escolaridade gera melhor nível de vida, porque uma cultura melhor, gera melhores empregos, gera renda, nível sócio-econômico mais elevado, acaba melhorando a vida de todo um povo” (Médico B2).

É importante observar nessa fala que o simples fato de considerar a educação formal (que é um dos eixos estruturantes da SAN) pode não significar avanço na concepção do indivíduo, pois o que aparece fortemente ao analisar esse discurso é o reposicionamento do pensamento neoliberal na produção de recursos humanos qualificados a fim de que possa saciar individualmente suas necessidades (Pessanha, 1998).

“Eu acho importante é... eu acho assim, que tudo está baseado em termos de cultura geral. Acho importante ensinar a pessoa a buscar o que elas acham que é preciso para viver bem.” (Médico B2).

Essa concepção não considera as distorções sociais ocasionadas por essa forma de organização do desenvolvimento econômico e social dos países, e por isso não avança no tipo de abordagem necessária para garantia de SAN.

“Já que não vem do governo mesmo, acho que devia ter mais ONGs, que ajudam as pessoas, que distribuem alimentos, porque você vê, aqui na nossa região... região tão enorme, só tem 3 ONGs...” (ACS A).

Aqueles que não dispõem de meios próprios para saciar a fome aguda recorrem à rede social, que colabora no oferecimento de alimentos a quem não pode adquiri-los. A equipe de saúde vê nesses espaços uma garantia no território de que as pessoas não passem uma restrição de alimentos e um lugar que possibilita a vinculação e apoio às famílias, suprimindo o espaço das políticas públicas.

As ONGs no Brasil, a partir da década de 80, fase que se verificou uma intensificação dos problemas sociais, firmam-se como um terceiro setor, assumindo um espaço de debate e promoção do bem-estar aos “desassistidos” pelo capitalismo, muitas vezes passando a idéia de maior eficiência e resolutividade que o Estado nas causas sociais. Essa noção permanece no ideário geral e, em alguns casos, tem reflexos na prática de alguns profissionais.

O **tempo para alimentação saudável** também foi mencionado como determinante de ISAN e foi categorizado como um tipo de determinante – **estilo de vida** – por refletir-se nas falas como um fenômeno, algo que sobrepujava ao indivíduo:

“É o tempo, disponibilidade de tempo, de tempo pra você se alimentar, se você está no serviço, você tem só 5 ou 10 minutos de refeição ou de alimentação; e o acesso aos fast-food, é muito rápido, você tem que comer rápido, até no carro...” (Enf. E).

A vida moderna, na era da tecnologia, onde tudo deve ser muito rápido e prático, está trazendo um novo padrão alimentar para o cotidiano das pessoas; padrão esse influenciado por preços, tipos, marcas, pelo marketing e pela simplificação do preparo e manipulação, em resposta a pressão do mundo do trabalho e outras demandas da vida moderna. Isso se constitui em fator de risco a insegurança alimentar e nutricional,

principalmente aos de menor renda, que por apresentarem menor condição de escolha (seja pela questão econômica, seja pela precariedade de seus direitos de consumidor garantidos, ou mesmo pela falta de acesso a informação sobre alimentação) estão mais expostos a alimentos inadequados. A partir da conformidade com a concepção de vida moderna, se alardeia a ilusão de que a **renda suficiente** levará a garantia da SAN:

“Primeiro é o dinheiro e tempo, tempo de se alimentar mesmo, tempo pra você... acho que todas as profissões estão muito atribuladas, tem gente que estuda à noite, não tem tempo de ir em casa, você come alguma coisa na rua, a qualidade mesmo, até de fabricação, onde é produzido, o lugar mais barato...”(Enf E).

Fica refletida nesse tipo de determinante a força do mercado e do mundo capitalista, onde a vida é uma corrida sem fim, para que assim, talvez, possa se ter acesso ao consumo; consumo esse nunca satisfeito, porque sempre haverá novos produtos a serem consumidos e necessidade de maior poder aquisitivo para a garantia do consumo.

A ilusão capitalista de que o mercado regula o mundo e que, assim, em decorrência do esforço individual chegará um dia de iguais oportunidades para todos, leva ao individualismo, que remete a questão da SAN a uma questão de tempo ou de esforço pessoal.

O foco na garantia da SAN por meio da renda monetária constitui-se em uma falácia, pois não contempla as dimensões sociocultural, nutricional e ambiental envolvidas na produção de alimentos e no ato de alimentar-se. Em países desenvolvidos há melhor distribuição de renda, mas persiste a insegurança alimentar. Ocorrem índices alarmantes de obesidade, havendo necessidade de programas compensatórios para os segmentos excluídos da sociedade e para a falta de acesso a alimentos. “Em 2004, 11,9% dos domicílios estadunidenses vivenciaram a insegurança alimentar em algum momento do ano, sendo que em um terço deles (4,4 milhões ou 3,9% do total) um ou mais dos seus membros sofreram fome” (Maluf, 2007, p. 38).

Uma questão controversa é essa relação entre poder aquisitivo e acesso aos alimentos. O simples aumento do poder aquisitivo não adiantaria se os preços dos bens também aumentassem. Se a alimentação comprometer uma grande parcela do orçamento

doméstico, ela pode provocar insegurança alimentar por dois motivos: porque compromete o acesso a outros bens que garantem uma vida digna e/ou porque será o item que sofrerá corte no orçamento doméstico, não garantindo a qualidade e variedade na alimentação, necessária a garantia da SAN.

Sintetizando a representação de SAN e de seus determinantes pelos profissionais de saúde, destacam-se algumas considerações:

- O conceito de SAN está se construindo sob vários olhares ou vertentes da saúde, porém de forma segmentada e dispersa entre os profissionais; o ponto único de convergência entre as várias assertivas é a produção de saúde pela função nutricional dos alimentos, o que faz parte do processo de construção de um conceito que tenha representação social para determinado grupo;
- A conceituação de SAN não envolveu os aspectos culturais e foram considerados parcialmente os aspectos sociais relacionados com a alimentação;
- Alguns profissionais de saúde apresentam um importante enfoque na culpabilização do indivíduo pela ISAN, apesar de alguns apontarem influências sócio-econômicas sobre o problema;
- A garantia da SAN está sedimentada na alteração comportamental do indivíduo (corrente presente na formação dos profissionais de saúde e no momento atual, presente em uma das vertentes da promoção á saúde); na renda; na ação governamental (medidas de proteção e cestas básicas); nas ações de ONGs e na educação como caminho para a mudança de classe social e conseqüente mudança comportamental;
- A preocupação com a produção de alimentos aparece de forma superficial, atrelada à concepção de alimento seguro, sem contemplar a preocupação com formas de produção, meio ambiente e água;

- Vinculando a idéia de SAN à renda e ao combate à fome, este tema parece estar presente para os profissionais como preocupação a se ter com as pessoas de menor poder aquisitivo.

Embora o conceito não tenha uma representação social construída, os profissionais apresentaram algumas sugestões para melhor aproximação do tema e para a execução de ações nessa direção, a partir do seu referencial, sintetizadas no quadro a seguir:

**Quadro 3-** Sugestões dos entrevistados para o avanço das ações de SAN.

<b>SAN</b>	<b>Para os PROFISSIONAIS</b>	Realização de capacitações/ apoio de profissionais “ <i>experts</i> ” no tema.
		Adequação das atividades educativas da unidade.
		Infra-estrutura para o processo educativo na unidade.
		Informações sobre a doação de alimentos.
	<b>Para a POPULAÇÃO</b>	Ações de geração de renda.

A solicitação de capacitação, conversas ou orientações com profissionais que entendessem de SAN apareceu de forma explícita nas falas ou foi sugerido ao mencionar alguma ação: referiu-se à ação das universidades nas unidades (“o pessoal da nutrição”), ou indicou-se a necessidade de maior reflexão sobre o tema (“conversar mais sobre o tema”, “falar nas reuniões de equipe” “porque a gente não tem projetos” “algo ligado à orientação alimentar”):

“Ter capacitação pros funcionários seria essencial” (Aux. Enf. C).

“Que ele (*o tema SAN*) fosse mais divulgado, o que é, por folheto, livro, alguma coisa pra gente poder estudar” (Aux. Enf. C).

“Os grupos, seria bem interessante, com alguém mais preparado, pra poder ir mais... aí vai chamando outros... vai difundindo principalmente quando a coisa é boa” (Médico C1).

“Eu acho que seria interessante, a gente estar entendendo (SAN), para melhorar a orientação ou poder montar um grupo, mesmo não tendo um profissional especializado, dá pra gente fazer uma orientação melhor.” (Médico C1).

“Mais uma vez eu vou falar, pra quem for ler a pesquisa, o que tá precisando é a nossa capacitação... pra gente trabalhar com os profissionais, primeiramente, antes de passar para o paciente...” (Enf. A).

Há uma reconhecida preocupação da necessidade de se repensar as atividades educativas:

“Poderia ter palestras de orientação” (Médico D1).

“Projetos... de pessoas com obesidade, de ir no mercado com os pacientes... mas, na uma coisa só de falar e dar palestra, mas uma coisa que levasse a prática” (Médico B1).

Melhorar o espaço físico, oferecer material didático e aumentar o número de profissionais para que seja possível o desenvolvimento de trabalhos em SAN:

“A gente não tem lugar, não tem funcionário, não tem espaço, fica difícil” (ACS B).

“Tem os grupos de pré-natal, mas falta... falta material” (Médico C2).

“Panfletinhos sobre alimentação correta” (ACS D).

“Seria muito bom ter mais palestras, vídeos, que a gente pudesse colocar nos grupos...” (ACS D).

O acesso às informações sobre a oferta de programas e serviços relacionados com a entrega de alimentos foi lembrado como algo que amplia as ações de SAN:

“Campinas é uma metrópole, e às vezes tem lugares que é mais fácil o acesso nessa questão alimentar e a gente não sabe pra encaminhar, não tem a informação. Acho que falta mais informação” (ACS A).

Para a população, apareceram as propostas ligadas à geração de renda:

“Então, se começasse uma oficina de nutrição, com uma cozinha, elas comessem a se mobilizar, até mesmo pra fazer pra vender, pra ter um trocado pra casa, acho que seria um começo” (Medico F).

“Acho que tem que dar oportunidade de ter uma profissão” (Enf. E).

“Ensinar eles (*os usuários*) a plantar em casa” (Médico B1).

Demonstrou-se, por essas manifestações, que os profissionais, em sua maioria, entendem que há mais que fazer, mas não sabem muito bem como, nem em que direção. No entanto, parecem perceber que é necessário entender mais sobre SAN e isso significa fazer mais do que fazem atualmente, considerando, obviamente, que outros recursos (humanos e didáticos) se fazem necessários para isso.

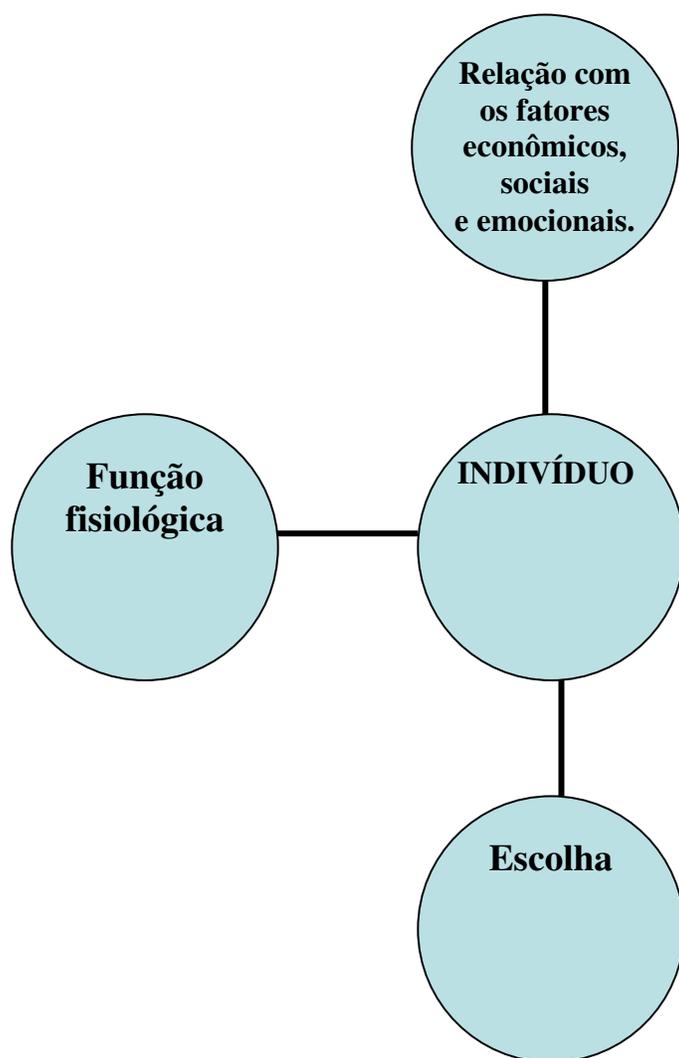
Tendo em vista analisar além da construção do conceito de SAN, buscou-se apreender todos os momentos da equipe relacionados com alimentação e nutrição, para que a ausência de incorporação desse conceito pelo grupo social não ofuscasse algum tipo de cuidado que contribuísse com a SAN das comunidades atendidas por esses profissionais. Para tal, perguntou-se aos profissionais como conceituavam a fome e que ações essa situação mobilizava nas equipes.

#### **5.4- O Conceito de Fome**

**Fome** é um conceito construído socialmente, e no Brasil “abarca desde aquela sensação fisiológica ligada à vontade de comer, conhecida de todos nós, até as formas mais brutais de violentação do ser humano, ligadas à pobreza e à exclusão social” (Valente, 2007, p.57). O entendimento de suas causas é variado. Como afirma Canesqui (2005, p.150), “as explicações dadas ao fenômeno da fome são múltiplas e diferentes e dependem mais da posição ideológica e política de quem as qualifica (teses neoliberais; construtivistas; neomarxista) do que dos tipos de conflitos que a produzem nas sociedades que a sofrem”.

Sendo **Fome** uma situação extrema de insegurança alimentar e nutricional, e que possui uma representação social constituída, buscou-se o entendimento dos entrevistados desse conceito para então relacionar a efetividade da ação do cotidiano para sanar essa situação grave com a garantia da SAN para as pessoas. Isso porque na construção do conceito de SAN a representação social de fome servirá de arcabouço para a construção dessa conceituação.

No diagrama 1 apresenta-se as categorias emergentes do conceito de fome relatado pelos entrevistados, a partir do indivíduo.



**Diagrama 1-** Categorias emergentes do conceito de fome para os entrevistados a partir do indivíduo.

O conceito de fome dos entrevistados refletiu suas concepções construídas sobre o tema ao longo dos anos. Apresentou-se em três dimensões: o indivíduo relacionando-se com o externo (fatores sócio-ambientais, e econômicos); o indivíduo relacionando-se com seu corpo enquanto ser biológico (função fisiológica); e o indivíduo relacionando-se com sua escolha (autonomia do indivíduo).

Abaixo são reproduzidas as falas dos entrevistados:

**a) O indivíduo relacionando-se com o externo (fatores sócio-ambientais, e econômicos).**

“É a falta de alimentos...” (*mais a frente explica...*) “a sociedade, o nível da sociedade; a classe (*social*) deles dificulta muito” (Aux C).

“... e aí vai o agente de saúde atrás, o pai tem problema de drogadição, a mãe alcoólatra... às vezes tem uma coisa antagônica, sobra cesta básica aqui...” (*falando do não comer devido ao contexto de vida*) (ACS D).

“Pra mim pode ser a ausência de alimentos mesmo, ficar sem o alimento, e pode ter fome de ter toda a alimentação a sua frente e não ter apetite.” (Enf E) (*devido às preocupações e problemas de ordem sócio-econômica*).

Quando apareceu o conceito de fome ligado aos determinantes sócio-econômicos, citando “a sociedade, o nível da sociedade; a classe deles dificulta muito”, percebeu-se aqui a intersecção do conceito **fome** com **pobreza**.

É fato que a divisão classista de nossa sociedade e a relação econômica entre elas são fatores de risco importantes para a fome, o que leva ao senso comum da proximidade desses conceitos, tornando-os quase sinônimos. Autores têm estudado essa relação e constatado não se apresentam de forma tão linear, como relação de causa/efeito. Apesar das condições sociais adversas, alguns indivíduos e comunidades conseguem organizar estratégias de preservação individual, de sua família e da comunidade, salvaguardando-os do estágio mais crítico da ausência de alimentos – a fome (Assis, 1999; Gerhardt, 2003; Saglio-Yatzimirsky, 2006). Essa ligação da renda como fator bloqueador do acesso a uma alimentação saudável reporta a década de 70, quando a educação nutricional abandonou o “mito da ignorância” e assume o binômio alimentação-renda

(Santos, 2005). Maluf (2007, p.30) adverte que “o enfoque na pobreza e as ações correspondentes não dão conta das dimensões envolvidas na erradicação da fome e na promoção da SAN das camadas em situação de pobreza”.

Ao contexto social em que os indivíduos vivem e às suas preocupações e interações com esse cenário, integraram-se a concepção de fome dos entrevistados, afrontando a formação biologicista fragmentada e demonstrando a impotência sentida pelos profissionais na solução dos problemas sociais e de saúde que assolam os indivíduos e suas comunidades.

**b) O indivíduo relacionando-se com seu corpo enquanto ser biológico (função fisiológica).**

“... a pessoa tá passando fome, logicamente ela não tá recebendo uma quantidade de nutrientes pra ela ter um bom aporte, desenvolvimento, uma qualidade de vida...”. (Médico B1).

“... é a necessidade do organismo, é a necessidade de fazer as refeições para manter o organismo funcionando. Fome é a falta de alimento, de um nutriente, que seu organismo está pedindo...”. (Aux. Enf. D).

Os entrevistados, constituindo-se como grupo da área da saúde, não poderiam deixar de focar a função fisiológica, o alimento enquanto “combustível” do organismo; e como tal, a necessidade apresenta-se de forma individual, requerendo uma resposta adequada à necessidade do organismo sob intervenção.

**c) O indivíduo relacionando-se com sua escolha (autonomia do indivíduo).**

“... come errado, compra errado... você vê que não é só orientação... não tem um quadro de fome, quando fala em fome eu fico surpreso... eles estão comendo, mais barato...” (Médico A).

“É como você vê nos corredores, os pacientes com “Cheettos”, tomando refrigerante “Dolly” e amanhã no consultório, falam que não têm dinheiro para comprar leite, nem carne, e frutas muito menos...” (Médico F).

“É pobreza nutricional, você não dar aquilo que a criança precisa, é substituir uma refeição por “Cheettos”, é diferente de não ter comida, é pior”. (Médico F)

“Regime.” (Médico C2)

“Ficar sem comer.” (ACS B).

A conceituação voltada para a escolha dos indivíduos foi uma dimensão abordada pelos entrevistados de uma forma superficial, sem aprofundar sob quais influências se dão essas escolhas. As falas não consideravam a cultura, o marketing, a “moda”, a disponibilidade dos alimentos, o meio utilizado para obtenção dos alimentos (doação, programas assistenciais, cestas básicas) como fatores que poderiam influenciar nessas escolhas. Essa forma de conceituar a fome culpabiliza o indivíduo por suas escolhas desconsiderando sua subjetividade e as outras dimensões que também a influenciam.

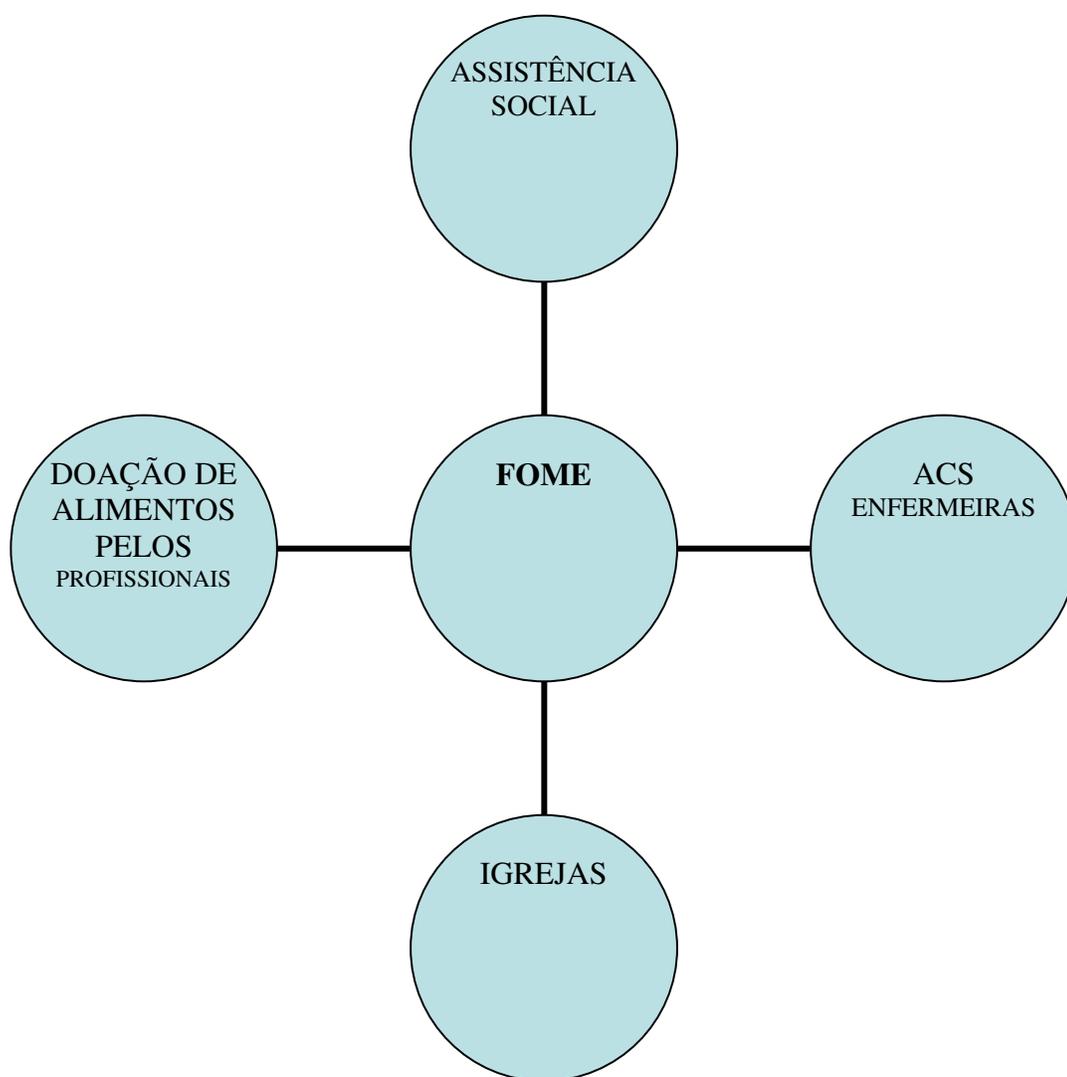
Pode-se relacionar essa concepção da escolha alimentar com os conceitos de educação nutricional das décadas de 40 e 60 do século passado relatados por Santos (2005), que estavam fundamentados no “mito da ignorância” dos indivíduos como determinante da fome e da desnutrição, e utilizavam-se da metodologia comportamental a fim de corrigir hábitos errôneos, resumindo a escolha a uma vontade racional em adquirir bons hábitos. Essa concepção está presente na preocupação estética contemporânea, que reforça aos indivíduos que a capacidade de uma pessoa conseguir manter o peso adequado e outra não viriam da capacidade adaptativa aos estímulos externos, sendo a restrição alimentar um esforço de indivíduos obesos em se adaptar ao padrão “normal” (Viana, 2002). Na sociedade moderna, pautada no individualismo racional, reforça-se a responsabilização do indivíduo no seu processo saúde-doença, “reduzindo o seu estado de saúde a uma questão de decisão individual e de escolhas; correndo-se o risco de uma ‘reconstrução do mito da ignorância’” (Santos, 2005, p.688).

A fome é uma face de um círculo vicioso perverso: ela acomete o segmento mais excluído da sociedade e, justamente por isso, esse segmento continua a passar fome (Boog, 2004). A quebra desse ciclo não está só no setor saúde; o profissional necessitaria ver na análise desses fenômenos uma ferramenta de trabalho e compreender que esses

indivíduos fazem parte da sociedade e precisam de ações mais complexas e intersetoriais para que a mudança dessa história seja possível.

È possível analisar que mesmo o conceito de fome, que é historicamente discutido, encontra-se individualizado e possui uma análise reducionista entre os profissionais de saúde.

A fome tem pressa, e por isso mesmo mobiliza imediatamente os profissionais de saúde que se deparam com essa situação. As ações realizadas estão expressas no diagrama 2, que retrata os encaminhamentos realizados pelos profissionais.



**Diagrama 2-** Ações dos profissionais de saúde diante de um quadro de fome na unidade de saúde.

Chama a atenção que esse é o único momento em que há “encaminhamento” do problema dentro da própria equipe, principalmente dos médicos, direcionando-os às enfermeiras e agentes comunitários, profissionais mais acostumados a buscar os recursos para enfrentamento das situações não rotineiras da unidade.

“Eu encaminho para assistência social ou falo com os agentes ou com a enfermeira” (Médico D1).

“Os agentes de saúde da minha equipe eles vão muito atrás, eles são os primeiros que encontram (*a família com fome*), quando o paciente chega reclamando até mim, eles já foram localizados antes, a ação dos agentes é importante, da própria enfermeira da equipe, então quando chega pra mim... esta paciente já está como total atenção.” (Médico C2).

A mobilização dos profissionais refere-se apenas a conceituação de fome ligada à função fisiológica; as demais conceituações de fome apresentadas pelos entrevistados não demandaram ações específicas, reforçando a hegemonia do biológico nos serviços de saúde.

Os profissionais não relataram seguir acompanhando essas famílias, o que demonstrou a mobilização importante que esse fato provoca. Porém, a busca de soluções definitivas ainda não causa a mesma mobilização nos atores sociais, ponto nevrálgico na consolidação das ações de SAN no país e no mundo. Citando Carvalho (2004a, p. 1091), “um projeto de transformação demanda, mais do que discursos vazios contra a pobreza, uma postura ativa de enfrentamento dos determinantes macro e microssociais da iniquidade social”.

### **5.5- As Ações dos Profissionais de Saúde em Alimentação e Nutrição dentro das Unidades de Saúde**

Com objetivo de captar todas as ações do cotidiano executadas pelos profissionais de saúde relacionadas com a alimentação e nutrição, questionou-se sobre o tema alimentação e nutrição nas entrevistas, independente da construção do conceito de

SAN, a fim de que aflorassem todos os cuidados relacionados com a alimentação e identificassem-se as ações que contribuem para a SAN dos usuários.

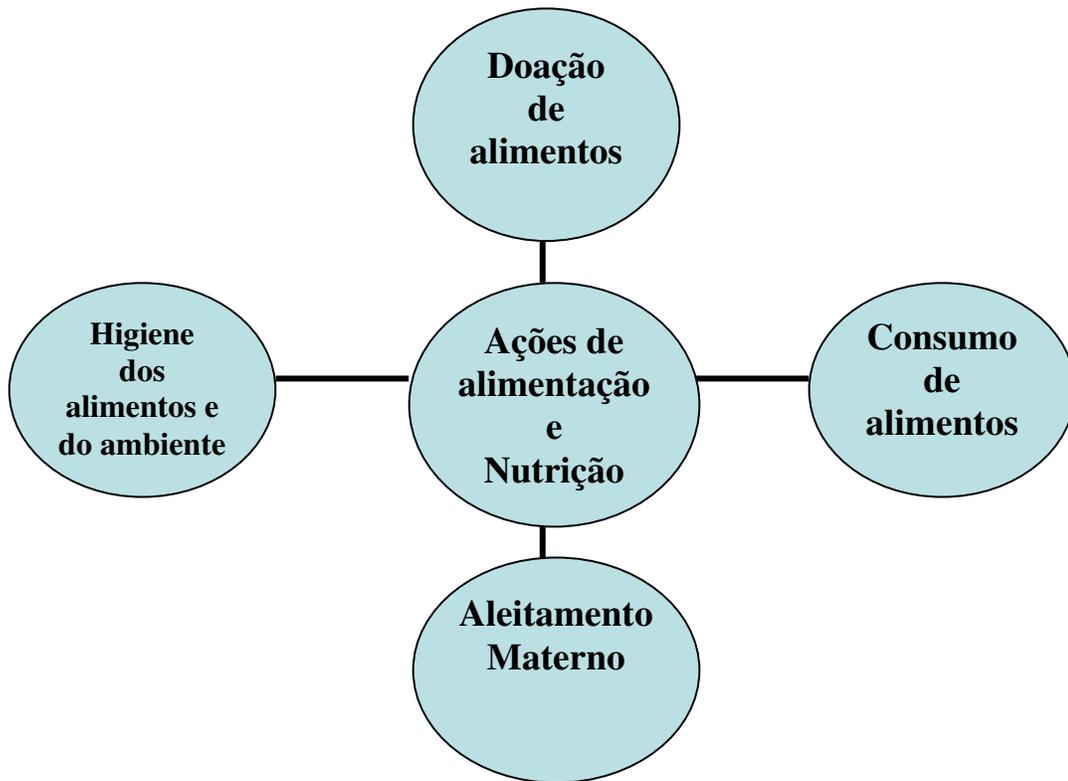
Ao aproximarmos a entrevista de conceitos mais familiares, foi possível observar emergir dos entrevistados, com propriedade, ações do cotidiano da abordagem alimentar, o que nos possibilitou a composição do cenário da assistência desenvolvida por essas equipes em seu território.

Apareceu, nesse momento, quem assumisse que não realiza ações sobre alimentação e nutrição, por entendê-la como uma ajuda, um elemento externo a sua atribuição e como tal, não possível de realizá-la por não ter tempo disponível.

“Às vezes, fica tão difícil para ajudar, principalmente eu, eu não tenho mais um segundo para resolver nada”. (Médico A)

Essa postura revela a ênfase no conceito saúde-doença do ponto de vista microbiológico e de alterações orgânicas, considerando papel do médico atuar exclusivamente sobre a doença e julgando as outras dimensões desse processo como questões acessórias, que demandam tempo “adicional” em suas atividades diárias.

Os profissionais que executam ações de alimentação e nutrição se apresentaram em quatro categorias, colocadas no diagrama a seguir.



**Diagrama 3-** Ações de alimentação e nutrição realizadas pelos profissionais de saúde nas unidades básicas.

As orientações sobre higiene dos alimentos e do ambiente constituem-se em ação tradicional para os profissionais que trabalham na saúde pública; remonta à época das campanhas pelo saneamento do Brasil, no início do século passado, e que permanecem até hoje, calcadas fortemente na transmissão da informação, seja em visitas domiciliares ou nas abordagens em grupo. Esse tipo de ação permanece até a atualidade na formação dos profissionais de saúde devido às características de desenvolvimento do país, onde se encontram distribuídos pelo território nacional bolsões de extrema privação de adequação ambiental e de saneamento básico.

Algumas falas demonstraram como ocorre a atuação sobre esse tema:

“Se eu vou numa visita e uma pessoa tem diarreia, geralmente é por contaminação alimentar, ou então verminose, você vai orientar a higiene das mãos, como lavar, e cozinhar, como fazer (*os alimentos*)” (ACS B).

“Aqui a água não é canalizada, às vezes é gato, clandestino, ou de tambor... então a gente orienta a ferver a água, a filtrar, a gente sempre entra na casa e vê em que condições a pessoa cozinha” (ACS A).

A análise dessa categoria **higiene** produziu alguns questionamentos quanto à suficiência da orientação verbal como única tecnologia para um ambiente de total privação e quanta à capacidade/possibilidade dos profissionais de saúde em conseguir realizar propostas criativas de manutenção da higiene nesses ambientes.

Outra ação apresentada foi a orientação para receber **doação de alimentos**. Em áreas de grande vulnerabilidade social, onde há a privação do direito básico à alimentação, nenhuma outra ação tem sentido se não for garantido o alimento para saciar a fome do dia de hoje. Os profissionais que trabalham nessas áreas vêm-se impulsionados a ter uma resposta ou um encaminhamento, sendo mais forte nas categorias profissionais que mais interagem com o usuário e com a comunidade (agentes comunitários, auxiliares de enfermagem e enfermeiros).

A fala a seguir mostra a preocupação, principalmente de agentes comunitários de saúde, em entender as redes de solidariedade possíveis na comunidade para que a família obtenha alimentos:

“Às vezes não tem nada pra comer, então a gente orienta onde dá... tem um lugar aqui que dá sopa, a gente orienta onde buscar sopa, biscoito, o pessoal de final de semana vem trazer legumes e verduras, então a gente orienta onde buscar” (ACS A).

A preocupação com o número de ONGs na região onde atua:

“... uma região tão enorme, só tem 3 ONGs ...” (ACS A).

E a necessidade sentida pela profissional em ter mais informação sobre doações de alimentos:

“Campinas é uma metrópole, e às vezes tem lugares que é mais fácil o acesso nessa questão alimentar e a gente não sabe pra encaminhar, não tem a informação. Acho que falta mais informação” (ACS A).

As redes de solidariedade da sociedade civil e as políticas públicas emergenciais de distribuição de alimentos são medidas concretas e necessárias quando ocorre a privação do acesso ao alimento. Porém, se entre os projetos e programas não existirem pontos de integração, com a participação dos setores apenas como encaminhadores a programas e ofertas, sem avançar na garantia da SAN, perde-se a oportunidade de potencializá-los com abordagens interdisciplinares e intersetoriais.

O desafio que se põe é que as ações envolvendo alimentação e nutrição ocorram de maneira sinérgica às ações de saúde, potencializando-as e tornando-as estratégias de fortalecimento do indivíduo e não contribuindo para a perpetuação da exclusão, da discriminação e do assistencialismo.

A categoria **aleitamento materno** apareceu principalmente na fala da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

“... a gente fala muito de aleitamento materno pra mãe, que é uma segurança... a gente fala do leite, a gente conta aquela história que o leite não é fraco, que ele vai ajudar a criança a não ter diarreia, não ter infecções, isso é um tema legal que a gente fala bastante” (Aux. Enf. D).

Essas falas revelam novamente que o grupo que está mais sensibilizado com a questão do aleitamento materno é o dos profissionais que atuam mais próximos à comunidade e das famílias, e entendem a necessidade de absorver e valorizar tecnologias naturais, simples, de baixo custo e alto impacto. Vale à pena ressaltar que há várias prerrogativas a se inferir para justificar o diminuto número de respostas dos profissionais médicos em relação a esse tema, porém nenhuma justificaria a não valorização dessa ação, já que possuímos bastante evidência científica de que é o melhor alimento para a criança,

mesmo se considerado apenas o aspecto nutricional. Talvez sua abordagem esbarre nas outras dimensões envolvidas no ato de amamentar: a cultura, o prazer, a dinâmica familiar, os medos, a relação mãe-filho, enfim, o lado social e humano da amamentação e da alimentação.

As ações voltadas à higiene dos alimentos e do ambiente, à doação de alimentos e ao aleitamento materno, por estarem mais ligadas à equipe de enfermagem e ACS, são desenvolvidas no *setting* onde esses profissionais atuam, seja em visitas domiciliares, no acolhimento dos usuários, no atendimento no ciclo de vida ou grupos, o que não possibilita uma precisa dimensão de cobertura desse trabalho e a mensuração direta de seu impacto.

A orientação sobre o **consumo de alimentos** é a principal ação de alimentação e nutrição executada nas unidades por todos os profissionais, mas é muito acentuada na fala dos médicos.

O poder médico é expresso por meio da grande valorização, por parte dos pacientes e de equipe, da orientação médica ao consumo alimentar, a despeito da frágil formação dos profissionais na graduação sobre o tema (exceto os que procuraram formação específica após a graduação). Como o núcleo do saber médico está voltado para o diagnóstico, as orientações ao paciente, as discussões em equipe de referência, os grupos educativos e os projetos desenvolvidos relacionam as ações de alimentação e nutrição com o acompanhamento ou prevenção de patologias. Evidenciou-se pelas falas e pelos registros das equipes que essa ação acaba tendo um maior valor de uso, tanto que permeou as entrevistas de todos os profissionais.

Os médicos têm no isolamento do seu exercício de poder e no frágil referencial teórico fatores que facilitam a ocorrência de dispensação de informações parciais e desatualizadas sobre o tema. De acordo com os relatos das equipes sobre a dinâmica da orientação alimentar dentro das unidades, essa relação de poder gera suas disputas no cotidiano, produz conflitos de informações com outros profissionais da equipe e torna as informações pouco factíveis e fragmentadas para a população.

A orientação sobre o consumo de alimentos apareceu muito bem caracterizada no cotidiano dos profissionais, subdividindo-se em três categorias:

- Abordagem individual não padronizada:

“... a gente orienta aumentar nutrientes, uma alimentação adequada, vai depender do tipo de situação” (ACS B).

“No atendimento individual, em todo o momento, a gente orienta, a gente informa da qualidade de vida, da qualidade da alimentação...” (Enf. E).

“Eu pergunto o que a criança come... ah, ela come de tudo... o que é de tudo? O café da manhã... come tal e tal coisa... depois vem o lanche, tem o almoço... normalmente come isso, isso, isso... normalmente, não dá pra gente ver quantidade, geralmente é pouco tempo, marco cada horário, e depois eu tento corrigir algum tipo de alimentação, pra uma alimentação mais saudável possível, tento fazer uma educação alimentar, independente da idade.” (Médico B2).

“Eu sou ginecologista... mas, no pré-natal, eu tenho que me ater sobre o peso, se ela está ganhando peso demais, se a alimentação dela é correta, se ela é obesa, mas tá anêmica, só come porcaria, tenho que passar uma dieta mais equilibrada, apesar dela não seguir, você tenta...” (Médico C2).

“A gente tenta dar uma orientação para boa nutrição” (Médico D3).

“Só no consultório, eu não participo de grupo.” (Médico D1).

“... em puericultura, sim, aí a gente conversa muito sobre alimentação do bebê, o que pode, o que não pode...” (Aux. Enf. C)

A maioria dos profissionais referiu fazer orientação sobre o consumo de alimentos de forma individual não como algo essencial na condução da saúde ou doença do indivíduo, dando uma conotação de elemento adicional ao atendimento.

Na pediatria, como a anamnese alimentar faz parte da formação do profissional, de alguma forma a abordagem da alimentação da criança está presente na rotina dos atendimentos pediátricos, ainda que extravasando julgamentos e conceitos influentes nessa intervenção:

- Falta tempo para uma análise da anamnese - “geralmente é pouco tempo”;
- Capacidade da mãe para o cuidado - “falta alguém que oriente que tem que ser feito assim, de outra maneira tá errado”;
- Julgamento do comportamento das mães - “vai comer ‘Miojo’, porque tem preguiça de cozinhar, é mais complicado, é uma coisa do meio mesmo”.

Mesmo no centro de saúde que possuía um profissional com formação complementar específica na área de nutrição e onde eram realizados grupos há bastante tempo com abordagem de promoção à saúde, o reconhecimento desses grupos como espaços terapêuticos estiveram presentes nas falas da equipe de enfermagem e ACS; sendo citados pelos outros profissionais médicos da equipe como “o grupo *do médico X*”, sem valorizá-lo como mais uma tecnologia disponível no atendimento aos usuários daquela unidade.

A questão alimentar e nutricional, ao não ser percebida em toda a sua amplitude na promoção a saúde, acaba por não receber o valor de um problema da coletividade, que exige uma intervenção interdisciplinar. Restringe-se, assim, a uma abordagem de intervenções individuais que pouco contribui com a saúde, a cidadania e a SAN das pessoas.

Como os profissionais referem não haver sistematização institucional da abordagem em alimentação e nutrição a ser oferecida à população, as capacitações realizadas não são específicas ao tema.

O consultório, constituindo-se em espaço de total autonomia dos profissionais, limita a gestão e a própria equipe a conhecer efetivamente as orientações oferecidas aos usuários. Porém, os próprios profissionais relatam, ao longo das entrevistas, a dificuldade de adesão dos pacientes às prescrições relacionadas com alimentação e nutrição.

- Abordagem em grupo:

Grupos educativos são estratégias pedagógicas interessantes na abordagem do tema alimentação e nutrição, desde que envolvam os indivíduos nas ações e no protagonismo sobre os aspectos relacionados com o ambiente sócio-cultural em que vivem. Provocam-se, assim, mudanças duradouras, não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado.

Alguns entrevistados, ao discorrerem sobre a condução dos grupos, apresentaram uma abordagem bem prescritiva e o consideravam como oportunidade de agrupar portadores de uma mesma patologia, para dar conta de uma supervisão da assistência prestada, que se impõe como essencial, não levando em consideração a capacidade de transformação dos indivíduos e o ganho de autonomia.

Receber o diagnóstico de uma das patologias que tem grupo significa obrigação periódica de comparecer ao momento educativo, independente do grau de autonomia no cuidado em saúde que se possa ter, e de outros fatores que o estejam influenciando no momento.

Os conteúdos abordados nesses grupos, em geral, referem-se aos aspectos informativos da patologia e sobre as orientações nutricionais gerais ligadas a doença ou ao ciclo de vida.

“O grupo de desnutridos, o controle do peso e estatura das crianças... com as crianças, tá conversando com elas, a gente participou do projeto de aproveitamento dos alimentos, às vezes a gente tem condição de dar a receita, e às vezes a gente faz também, não é uma coisa barata de fazer aqui” (ACS B).

“A gente tem o grupo de obesos, que é pra pessoa emagrecer, aí é orientado sobre alimentação saudável, aí cada mulher faz a caminhada antes... depois vai pesar, medir” (ACS A).

“O que eu tenho hoje é um grupo de recém-nascidos de puericultura, que eu faço no 1º ano de vida todo, é um dia por semana, a gente fala sobre alimentação no 1º ano de vida, desmitifica aquela história que tem que ser laranja-lima, pêra ou maçã, então a gente coloca

jaca, melancia... a fruta que eles têm na área; os legumes, que só pode ser cenoura, mandioquinha, batatinha, não... a gente pode usar chuchu, abóbora, abobrinha, cambó chã, que é o que eles têm; trabalha o conceito de que você tem que ir no varejão e comprar o legume ou a fruta da estação e a criança tem que se acostumar com esse rodízio sazonal, senão fica na banana, laranja, não aprende comer outras coisas” (Médico F).

“Aqui a gente tem os grupos educativos, grupo de anemia, grupo de desnutridos, e também o grupo de verminose” (Enf. A).

“Basicamente é o que eu falei pra você, eu não faço parte de assistente social. Cada um fala da parte da sua área. Eu faço orientação médica, o porquê e o tipo de alimentação” (Médico B2).

“É no grupo de hipertensão/diabetes e gestantes... que a gente tem os grupos e a gente fala de alimentação correta, da atividade física para hipertensos e diabéticos...” (Enf. E).

“Geralmente a gente fala com hipertensos e diabéticos, a gente fala coisa básica, né, tem que mudar os hábitos alimentares, tirar o sal, orienta mais legumes, mais verduras...” (Aux. Enf. D).

A racionalização dietética é uma postura assimilada pelos serviços de saúde, para a diminuição das taxas de morbi-mortalidade por doenças carências e crônico-degenerativas, seja em abordagens individuais ou em grupos.

Como os padrões alimentares são resultantes de múltiplas relações entre o biológico e o sócio-cultural, esse modo operacional reproduz os receituários normativos ou os discursos institucionais (Ferreira, 2007). Isso reproduz a subordinação dos grupos sociais assistidos e a prescrição de orientações dissociadas de seus hábitos e cultura, a qual a clientela escuta emudecida, sem produzir ressonância nas necessidades do seu dia-a-dia.

Ao considerarem-se apenas as necessidades biológicas, refutam-se as dimensões do social e do simbólico, presente nas escolhas alimentares. Desta forma, o que se sobressai é o poder do saber técnico, que talvez dê mais conforto aos profissionais que o executam, mas pode significar um desperdício de tempo e energia, se consideradas as transformações produzidas.

É necessário superar o paradigma do espaço da doença e atuar com o indivíduo em toda a plenitude de seu ciclo vital, e não com a doença que ele representa. Essa prática tem sido executada por muitos anos de forma tão reducionista e sem considerar a integralidade dos indivíduos, que aos indivíduos com patologias simultâneas lhes cabe participar de mais de um grupo educativo.

A formação fragmentada e cartesiana dos profissionais de saúde perpetua essa prática no cotidiano dos serviços de saúde, contemplando o saber acadêmico e desconsiderando a autonomia dos indivíduos. Afinal, o importante e desejável é que o indivíduo tenha autonomia, apesar de sua doença, e não que a doença o oprima, obrigando-o a ser um sujeito diferente dos demais.

O desafio que se impõe é o de transformar esses espaços educativos em espaços produtores de transformações individuais e coletivas, para que sejam mais efetivos, construtivos, e adequados para realidade local.

- o Abordagem individual padronizada

“A gente já tem impresso, aquelas dietas...de calorias...”(Médico A).

“Eu falo sem ver detalhes da dieta, a gente entrega pra eles a dieta e fala pra eles o que eles têm que comer que eu acho bem mais interessante do que você entregar só um papel pra eles... a gente fala” (Médico B1).

A distribuição de material impresso, com dietas previamente calculadas, vem da década de 70, quando, por uma visão puramente tecnicista, enfatizava-se a ingestão calórica total do indivíduo, partindo-se da idéia da alimentação saudável como dieta ideal. Isso tornava a condução dos aspectos nutricionais uma equação fácil de executar, pois tudo já estava previamente preconizado.

Essas práticas vêm se transformando ao longo dos anos. Mas, apesar de Boog (2004, p. 2) ponderar que “foi-se o tempo em que se puxava da gaveta as dietas prontas de 1200 kcal que proibiam o consumo de tudo que não fosse arroz, bife grelhado e salada”, ainda é possível encontrar médicos remanescentes desse período considerando-a como uma boa estratégia para trabalhar alimentação e nutrição. Afinal, não é necessário, nessa abordagem considerar nada além do fornecimento do saber técnico de forma padronizada e

científica. Além disso, o descumprimento da prescrição está na responsabilidade do usuário, que não a executou.

Esse tipo de abordagem, por não contemplar os sentidos e significados do ato de comer, segrega ou “adoece” (no sentido do indivíduo sentir-se doente) as pessoas que não conseguem segui-las. Ou são cumpridas por um período e abandonadas em um curto espaço de tempo, muitas vezes afastando o indivíduo de seu tratamento por considerar-se impotente no seguimento do seu cuidado. Há, ainda, aqueles pacientes que referem executá-la apenas para agradar ao profissional de saúde.

Apesar de não fazerem parte dos protocolos atualizados dos programas de saúde da Secretaria Municipal de Campinas, por não contemplarem a tendência das referências bibliográficas atuais que trabalham com a reeducação alimentar de acordo com a realidade de cada indivíduo e comunidade, essas dietas impressas foram utilizadas por vários anos no município. E, como é possível observar nos relatos, continuou sendo utilizada por alguns profissionais, o que é analisado como parte do processo de implantação de políticas públicas, que tem seus tempos e resistências, e são superadas de forma processual.

#### **5.6- As Ações de Alimentação e Nutrição e o Trabalho em Equipe de Saúde da Família**

As ações de alimentação e nutrição oferecidas à população pelas equipes entrevistadas não apresentaram uma sistematização em sua abordagem. De alguma forma, elas permearam as atividades dos profissionais, entre orientações individuais e trabalhos em grupos, mas não há um trabalho em equipe para que haja uma sinergia de abordagens, promovendo a integralidade. O tema, o conteúdo e a metodologia utilizados nessas ações não são planejados em equipe, o que não as potencializa e torna difícil a avaliação da situação alimentar e nutricional da comunidade atendida. Essas ações não favorecem a integralidade, com vistas à promoção da saúde, como relatou Albuquerque e Stotz (2004, p.263): “da norma para a real efetivação das ações há um longo caminho, tendo como resultado a reprodução de práticas assistencialistas, compartimentalizadas e medicalizantes pelas equipes de saúde da família”.

“Eu faço sozinha, porque todo mundo tá sobrecarregado, foi uma maneira que eu vi do meu grupo acontecer...” (Médico F).

“... então eu oriento eles, dentro dos meus conhecimentos, eu oriento eles, e normalmente é a mesma coisa que tem na folha (*de dietas*)” (Médico B1).

“A gente aprendeu a fazer isso com a prática, eu mesma, faz 4 anos que sou agente de saúde, e depois de 2 anos é que eu fui ser capacitada; aí a gente teve capacitação sobre alimentação de criança, mas isso aí eu já sabia...” (ACS A).

“É comum entre os profissionais de saúde a cultura de que não é preciso ‘aprender’ a fazer educação em saúde, como se o saber clínico e a formação acadêmica fossem suficientes para a implementação dessa prática” (Albuquerque e Stotz, 2004, p.265). Como resultado, tem-se práticas educativas tecnicistas e prescritivas, que não levam em conta o saber popular e as condições de vida.

“Muitas vezes... eu como enfermeira pego uma auxiliar falando alguma coisa, aí eu paro, e pera aí, não é assim... tem gente muitas vezes que não tem capacitação, ou já tá com a informação ultrapassada de mil novecentos e bolinha...” (Enf.A).

“A gente tinha, no ano passado, o grupo de ‘Alimente-se bem’, eu e outra menina, fizemos no SESI, e a gente tava passando no grupo de desnutridos; bem, no grupo de desnutridos a pediatra vem e dá orientação sobre alimentação; no grupo de anemia também; é só mais nesses dois grupos que tem essa orientação sobre alimentação, mais isso aí.” (Aux. Enf. C).

As contribuições dentro do conhecimento acumulado de cada profissional são dispensadas de forma fragmentada. Não há uma meta a ser alcançada, e a avaliação do impacto é assistemática.

“Hoje se você falar se tem um proposta, a gente não tem, porque a gente não tem projetos” (ACS B).

Albuquerque e Stotz (2004) chamam a atenção para o fato de a educação em saúde na atenção básica se dar, muitas vezes, por interesses individuais dos profissionais ou devido à pressão de determinados programas, ou ainda, devido a epidemias em pauta.

Conseqüentemente, não há preocupação com a integralidade e continuidade das ações e nem um trabalho que vise a autonomia e conscientização dos indivíduos envolvidos.

No registro das equipes, observou-se a indicação e formação de grupos por patologias, prática que, segundo os relatos feitos nas entrevistas, contempla ações de alimentação e nutrição. No entanto, o conteúdo e metodologia de abordagem ou avaliação não são registrados. Não são registradas todas as discussões em equipe de saúde da família e uma das equipes não estava fazendo reunião nos últimos meses. Até onde foi possível observar, o tema alimentação apareceu como algo intrínseco às situações de doença e pobreza, pois geravam visitas dos agentes comunitários, articulações com entidades da região para doação de alimentos e encaminhamentos aos programas sociais. Mas a potencialidade de abordagens simultâneas e integradas entre os profissionais para potencializar a intervenção não ocorre.

Fernandez (2005), ao estudar as ações de nutrição das equipes de PSF em São Paulo, também encontrou que suas ações centravam-se em orientações nutricionais voltadas a patologias (hipertensão arterial e diabetes mellitus), higienização de alimentos e alimentação infantil, sem haver, também, uma capacitação específica ou padronização das ações.

Observou-se em relação aos entrevistados, que existe potencial para o trabalho em equipe, mas não há ponto de ligação no planejamento das ações de alimentação e nutrição relatadas por cada profissional de saúde. Isso pode ser atribuído a dois fatores que se somam: a dificuldade do trabalho em equipe e a dificuldade dos profissionais em trabalhar esse tema, o que resulta em ações desarticuladas e de impacto duvidoso.

### **5.7- As Ações de Alimentação e Nutrição e a Intersetorialidade**

Na continuação do delineamento das ações que possam contribuir para a SAN das famílias e comunidade, perguntou-se sobre a intersetorialidade como instrumento para as questões de alimentação e nutrição, por entendê-la como essencial na construção da SAN.

Alguns justificaram o motivo de não trabalharem de forma intersectorial:

“Na assistência social você consegue praticamente nada” (ACS B).

“Temos no CRAS, perto da caixa d’água... mas, é bem limitado” (ACS B).

“Não, porque são muito distantes e tal.” (falando da relação com a assistência social) (Médico A).

“Hoje nós não temos nenhum tipo de ajuda da assistência social; até um tempo atrás a gente poderia estar marcando para ela um atendimento com a assistente social, que era limitado, mas, ela teria uma cesta, lá” (ACS B).

Outros demonstram um descrédito nas ações de outros setores (em especial da assistência social), com o qual apresentam uma parceria tímida e não confiável:

“... de momento, a gente tem, a gente reúne ali, se une, faz uma vaquinha, compra alguma coisa pra resolver no momento, mas a gente encaminha, pra ver realmente, pede pras meninas (ACS) fazer visita, ver o que tá acontecendo real na casa, pra dar andamento, aí a enfermeira toma conta, já resolve” (Aux. Enf. C).

“Normalmente, a gente tenta se unir faz uma cesta básica, conversa, procura a assistência social, a gente tenta assim, resolver o problema no momento; quando tá muito grave, a gente manda pra assistência social, e depois a gente não sabe o andamento da coisa; que fim deu aquela família, se conseguiu, se não conseguiu, só quando eles não conseguem, que eles voltam pra gente, não deu certo isso, não deu certo aquilo...” (Aux. Enf. C).

“A gente tem algumas latas de ‘Nestogeno’, que é doação, a gente consegue disponibilizar pros bebês, e encaminhamento para assistente social...” (Médico F).

Não é uma tradição das políticas públicas no Brasil, nem mesmo nas políticas chamadas sociais, executar ações e avaliações integradas no território. Para a saúde, existe mais uma condicionante: até um passado recente, o setor possuía programas que distribuía alimentos, o que lhes permitia certa autonomia em relação a outros setores e empoderamento dos profissionais, que condicionavam os momentos de ações de saúde à

distribuição desses alimentos. Fica explícita, na fala dos entrevistados, a nostalgia por esse tempo. Esses fatores, reforçado pelo fato de que a unidade de saúde é muitas vezes a primeira porta do poder público a se abrir para a comunidade, fazem com que, muitas vezes, os profissionais se sintam mobilizados a prover uma solução imediata.

Não obstante, o trabalho intersetorial ainda constitui-se como aprendizado para todos os setores. Ele é visto com certa desconfiança entre os atores sociais, o que tem reflexos nas falas que relatam que, antes de encaminhar, se procura oferecer alguma ajuda alimentar para as famílias.

“A gente tem os dentistas e os funcionários que trazem as cestas básicas pra gente e a gente consegue montar de uma, consegue montar duas ou três, vai colocando um pouquinho, mas não tem nada de cesta da prefeitura, nem de nenhuma outra forma, exceto essa...” (Enf. E).

“Aí vai pra reunião de equipe e quem corre atrás disso são os agentes de saúde, a T.O., a enfermeira da equipe, eles vão, não sou eu que... eu só encaminho pro pessoal que vai atrás” (Médico C2).

“... à medida que a pessoa nos procura, tá vendo que é fato, a gente procura atender, só que a gente nunca dá conta, porque a questão social é grave...” (ACS B).

A equipe sensibiliza-se e se apóia para a convivência nos territórios de grande vulnerabilidade social. Alguém cria uma “solução” e os demais membros colaboram com a equipe para retirar alguém de uma situação de sofrimento intenso, como a ausência de alimentos.

Essas equipes, muitas vezes, ficam “mergulhadas” em suas áreas de risco, devido à intensa demanda de trabalho, podendo, freqüentemente, ficar aquém das notícias dos recursos disponíveis para a população. Essas equipes acabam por criar estratégias particulares de ajuda à comunidade, o que tem um aspecto positivo: a autonomia criativa das pessoas. Porém, faz-se necessária a reflexão da causalidade desses problemas e o estabelecimento de ações estruturantes. Caso contrário, a equipe assemelha-se a população, e entra em colapso.

Segurança alimentar e nutricional não é só acesso aos alimentos. Mas não há possibilidade de abordá-la se não existe o alimento, se não existe a possibilidade de compra. Por isso, os programas sociais são ferramentas importantes de apoio no amparo e emancipação das comunidades sócio-economicamente vulneráveis. Sendo assim, buscou-se saber como os entrevistados intermediavam ou participavam dos programas sociais.

Esse acabou sendo um dos pontos mais nevrálgicos das entrevistas, pois neste momento apareceram representações individuais sobre programas sociais, de acordo com os grupos sociais aos quais os profissionais pertencem, associadas àquelas presentes no grupo de profissionais da saúde, como se observou nas falas abaixo:

“Para programas sociais... mas, não que eu ache que seja a solução correta, na verdade, eu acho que os pais têm que assumir a responsabilidade dos seus filhos, acho que tem muita irresponsabilidade, eles têm filhos de monte, sem ter a noção de quanto eles vão custar... não gosto desse negócio de dar, dar, dar, porque eu acho que tem muita gente que se encosta no assistencialismo” (Médico B2).

“O que eu faço é, encaminhando, porque tem os órgãos que são competentes para resolver esse tipo de problema, cada um com sua parte profissional, tem ajuda do leite, disso, daquilo” (Médico B2).

“A parte social, a gente tem aqui o renda mínima, CRAS e o PAIF” (Enf. E).

“Tem casos que são acompanhados, mas 70%, na minha opinião particular, acho que não...” (Aux D.)

“A gente encaminha para programas sociais, quando vem, assim... *(de muito tempo)*... quando é... do momento, a gente tem, a gente se reúne, ali um faz uma vaquinha...” (Aux. Enf. C).

“A gente tenta encaminhar para assistente social” (ACS D).

Nesse cenário, constatou-se que a grande maioria dos entrevistados relatou encaminhar para programas sociais, apesar do descrédito em sua efetividade. Esse descrédito pode ser resultado do histórico da ação estatal nas questões sociais, com

descontinuidade dos programas (muitas vezes ligados a tempo de mandato), diversidade de atuações, superposição de programas e instabilidade de financiamento (Cohn, 1995), ficando uma sensação de falta de resolutividade e de ação temporária.

Como a programação intersetorial é inexistente no enfrentamento de questões amplas, como fome, pobreza, vulnerabilidade social, as avaliações a respeito dos programas sociais pelos profissionais são feitas de forma superficial e demonstrando pouca dimensão dos problemas enfrentados por cada setor. A participação da saúde no processo de inclusão e contra-referência no acompanhamento das pessoas incluídas nos programas sociais ainda é muito incipiente:

“A gente manda pra assistência social, e depois a gente não sabe o andamento da coisa” (Aux. Enf. C).

E sobre as outras dimensões do problema trabalhadas pelos programas sociais, o retorno acaba sendo precário e é, muitas vezes, fornecido pelo próprio usuário:

“Quando elas voltam pra gente, não deu certo isso, não deu certo aquilo” (Aux. Enf. C).

O resultado é uma avaliação distorcida da potencialidade de sua utilização como ferramenta de apoio na abordagem dos problemas de alimentação e nutrição, e o empobrecimento da atuação sobre os problemas.

Com a falta de trabalho intersetorial, perde-se a oportunidade de atuar, influenciar e aprimorar os programas sociais com o olhar dos vários setores envolvidos.

Apenas uma enfermeira relatou participar de uma reunião mensal intersetorial, em que são discutidos casos que são acompanhados pela assistência social e pela saúde. E um agente comunitário relatou acompanhar as famílias do Programa Renda Mínima e Bolsa-família, demonstrando que a incipiente e positiva parceria executada por esses profissionais não foi incorporada pelos demais membros da equipe, que não se lembraram desse espaço e opinaram sobre os programas sociais segundo suas próprias concepções e representações.

Os programas sociais citados pelos entrevistados foram: Bolsa-Família (federal), Viva Leite (estadual) e Renda Mínima (municipal), sendo o Bolsa-Família e o Renda Mínima de transferência de renda e o Viva Leite de suplementação alimentar (fornecimento de leite pasteurizado refrigerado).

Na visão dos entrevistados, o trabalho das universidades, apesar de realizado dentro das unidades, apareceu como ferramenta intersetorial na abordagem da alimentação e nutrição:

“... quando eu consegui junto com a faculdade de nutrição da PUCC, que as alunas começassem a vir, para dar aquele “Alimente-se bem por 1,00”... o benefício cessou (*referindo-se ao bônus alimentação entregue aos desnutridos nos centros de saúde*) e nunca mais voltou, e a gente perdeu o grupo” (Médico F).

“Até julho eu era professora da PUCC, de pediatria, então assim, o contato com o pessoal da odonto, da nutrição... essa troca era uma constante e isso facilitava com certeza muito...” (Médico F).

“No grupo de dieta que as meninas da UNICAMP fazem, elas vão até o supermercado com as pessoas...” (Enf. A).

As unidades básicas de saúde em Campinas são campos de estágio para as universidades e escolas técnicas da área da saúde do município, com o objetivo de contribuir na formação desses profissionais, propiciando a troca de saberes e tecnologias. Nas falas, esse processo de crescimento bilateral não apareceu; quando citam a ação dos alunos, referem-se como uma coisa especial, possível de ser feita somente por quem não tem o compromisso com a demanda da unidade.

A atuação dos alunos não apareceu vinculada ao plano terapêutico dos pacientes que os profissionais acompanhavam. O trabalho dos alunos foi sempre citado como legal, positivo, mas não incluído no rol de estratégias terapêuticas da unidade.

Diante disso, surgiu a seguinte indagação: será que os futuros profissionais que vierem trabalhar na rede municipal de Campinas, após vivenciarem essa experiência tão independente dentro dos centros de saúde, conseguirão trazer essas tecnologias estudadas para a assistência do cotidiano? Ou as abandonarão nos trabalhos escolares e reproduzirão a

clínica tradicional? Questiona-se, também se essa relação pode ser chamada de intersectorialidade, haja vista que ocorre apenas no mesmo espaço físico de assistência, e a relação com a equipe de PSF existe por meio de algum profissional que serve de mediador, não fazendo parte do planejamento da equipe.

A intersectorialidade não é um processo espontâneo: é necessário que haja uma ação deliberada nessa direção. Acredita-se ser esse um espaço que potencializa as ações e que não necessariamente implique em resolução ou enfrentamento final dos problemas, mas no acúmulo de forças e possibilidades de ação. Para esse processo encontrar terreno fértil, os vários segmentos necessitam estar dispostos a abrir mão de parcelas de poder a fim de viabilizar a construção conjunta das ações. No entanto, isso não implica a ausência de conflitos ou contradições, pois, de qualquer forma, trata-se de um novo aprendizado na forma de organizar o trabalho, de construir novas linguagens e ações. Há que se ter permanente paciência e capacidade de negociação, entendendo o limite das políticas setoriais e a complexidade dos problemas enfrentados pela sociedade hoje, fazendo com que a possibilidade de êxito só seja encontrada mediante diversos olhares e saberes simultâneos.

### **5.8- Facilidades e Dificuldades para Execução de Ações de Segurança Alimentar e Nutricional**

Mediante a concepção de SAN construída até o momento pelos profissionais de saúde, que a relacionaram com outros conceitos mais familiares ao seu cotidiano (pessoal e profissional), alguns profissionais relataram não enxergar facilidades para execução das ações de SAN em suas unidades de trabalho. Os empecilhos mais citados foram: este seria mais um trabalho na agenda, considerando a falta de tempo (“talvez não tenha aquele tempo disponível pra estar se aprofundando, fazendo uma coisa bem legal” – Aux. Enf. D), o número atual de profissionais, a falta de espaço físico (“não tem funcionário, não tem espaço, fica difícil” – ACS B) e de material didático. Albuquerque e Stotz (2004) constatam que, quando se fala em educação em saúde, não são viabilizadas as condições mínimas para essas atividades: falta toda a infra-estrutura, assim como citaram os entrevistados desse estudo.

Como facilitadores, a maioria das pessoas considerou os grupos educativos existentes na unidade (“ah... o grupo de reeducação alimentar” – ACS D), além das parcerias com ONGs, pastorais católicas, igrejas (“ a gente pode contar com as ONGs, para encaminhar alguma criança, alguma família que está precisando” – ACS A). Os profissionais parecem enxergar que ações relacionadas com a questão alimentar necessitam de atividades educativas coletivas e de um trabalho intersetorial. Contudo, na prática cotidiana, essas ações são frágeis.

A presença de pequenos mercados de frutas e verduras na região foi lembrada como um fator facilitador, o que remete ao entendimento de que a disponibilidade do alimento é uma dimensão importante para as questões alimentares. O acesso e legitimidade dos profissionais na comunidade, principalmente dos agentes comunitários de saúde, também foram considerados como fatores facilitadores, demonstrando o entendimento de que a proximidade com os usuários resulta em melhor adesão às orientações.

Os programas sociais foram caracterizados como facilidade e dificuldade, o que permite reforçar que existe desconhecimento e pouca participação nesses programas, levando a opiniões parciais e pessoais sobre os mesmos.

“a assistência social aqui do lado” (Enf. A).

“a pessoa está com todos aqueles problemas, mas não tem critério para exigência do programa do governo” (ACS A).

Nas dificuldades, a necessidade de maior número de profissionais pode ser explicada pela dificuldade real de fixação de profissionais de saúde em regiões de maior vulnerabilidade, o que leva a uma sobrecarga de trabalho e à falta de tempo, fechando-os a qualquer “nova proposta de atividades”. Pode-se também inferir que, baseado na visão parcial ou desconhecimento total sobre o tema SAN, esses profissionais estejam imaginando que trabalhar com SAN acrescentaria muitas outras atividades a sua agenda diária.

As demais dificuldades apontadas remetem à classe social (“Dificuldade maior... a classe social do pessoal... a maioria desempregado, a maioria tem muita gente na casa” – Aux. Enf. C), ao nível educacional, à ausência de recursos financeiros dos pacientes

“o principal problema é a miséria, a pobreza da população” – Médico B1). Sugere-se, assim, que esse tipo de abordagem será ineficiente se as pessoas tiverem barreiras sócio-econômicas de acesso ao alimento.

A falta de saneamento básico foi também apontada como dificuldade, demarcando a proximidade do conceito com as questões de higiene dos alimentos.

“Falta saneamento básico, é... falta informação da mãe, que é ignorante de berço” (Enf. A).

“A questão é muito grave, até se tenta mostrar como manipular, como higienizar (*os alimentos*), e muitas vezes a gente é abordado e não tem onde lavar (*os alimentos*), né, então, isso é uma coisa que preocupa, é uma coisa que a gente vê no dia-a-dia, às vezes é bem difícil, porque a gente vê a realidade na frente, não é utopia, é real, a gente sente muito...” (ACS B).

A dificuldade das pessoas chegarem ao serviço de saúde foi lembrada como dificuldade, considerando que os profissionais pensam na abordagem em grupos nas unidades.

“O acesso do local para o C.S. é muito ruim...” (Médico F).

A falta de colaboração, interesse, entendimento dos pacientes sobre a importância da alimentação foi apontado também como fator de dificuldade, imputando a responsabilidade da má alimentação ao indivíduo.

“O tema não é tão importante, tá, pra eles...” (Médico A).

“A maior dificuldade mesmo, não é nem a financeira, mas elas comem o que elas querem, quando estão grávidas... dificilmente você consegue controlar” (Médico C2).

As dificuldades e facilidades apresentadas pelos entrevistados referem-se menos a SAN, que ainda não tem uma representação construída, e mais à sua situação de trabalho diante das questões de alimentação e nutrição. Estes aspectos positivos e negativos apontados são carregados das concepções e representações discutidas em outros momentos das entrevistas.

De qualquer forma, é possível evidenciar a necessidade de medidas concretas para que se caminhe na garantia da SAN às pessoas assistidas nesses serviços:

- Fomentar debates sobre os temas SAN, DHAA, intersetorialidade, Alimentação/Nutrição e Saúde com os profissionais dos serviços;
- Preencher a lacuna de educação permanente para os profissionais de saúde nessa área;
- Disponibilizar material educativo que contribua para uma abordagem diferenciada da tradicional, possibilitando que o setor saúde seja protagonista na segurança alimentar e nutricional da população.

#### **5.9- As Ações de Alimentação e Nutrição nas Unidades de Saúde e sua contribuição na PNSAN**

Do arcabouço legal que embasou esse estudo, vale frisar que “a Política Nacional de Alimentação e Nutrição integra a Política Nacional de Saúde, inserindo-se, ao mesmo tempo, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional” (Brasil, 2003, p. 17), o que evidencia que a execução das ações de alimentação e nutrição previstas na PNAN contribui para a implantação dessas políticas.

Institucionalmente, nos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal), a organização do trabalho, as ações propostas e as capacitações em serviço deveriam estar organizadas de forma a atender as políticas que amparam as ações do setor.

Caberá aos gestores do SUS, em suas respectivas áreas de abrangência, promover a implementação e a avaliação desta Política, estabelecendo, para tanto, o necessário processo de articulação com aqueles setores envolvidos com a Segurança Alimentar e Nutricional, visando, em especial, o estabelecimento de parcerias e a articulação interinstitucional que possibilitem consolidar compromissos multilaterais. Será buscado, da mesma forma, o estabelecimento de parceria com a sociedade, de modo a alcançar-se a sua efetiva participação na consecução da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Brasil, 2003, p. 29).

Com a PNAN implementada nos serviços de saúde, mesmo que o entendimento do conceito de SAN não estivesse completamente formulado, haveria, ainda sim, contribuição para a implantação da PNSAN no Brasil, pois seus preceitos estão contidos nessa política. Seguindo esse raciocínio, considerou-se, neste estudo, a efetivação das ações propostas na PNAN como padrão-ouro da participação da saúde na PNSAN.

A busca de parcerias com os demais setores envolvidos na Segurança Alimentar e Nutricional e, por conseguinte, na concretização do direito humano à alimentação e nutrição adequadas, levará em conta a adoção ou implementação de medidas essenciais que poderão redundar em impacto importante sobre a saúde da população e, por via de consequência, no alcance do propósito da presente Política (Brasil, 2003, p. 29).

Considerando ainda, como diz Cecílio (2004), que a micro-política do cotidiano, através de seus atores, pode transformar uma política completamente e superá-la em termos de criatividade e ação, a execução das ações previstas na legislação seria o mínimo a ser oferecido à população em termos de alimentação e nutrição, sendo possível que seus atores ampliem e aperfeiçoem essas ações. Isso porque cada trabalhador tem suas idéias, valores e concepções acerca da saúde e do trabalho em saúde e usa de sua autonomia no cotidiano para fazer o que lhe parece mais adequado de acordo com seus valores, interesses e história de vida.

As diretrizes da PNAN, em Brasil (2003), são:

- I. Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;
- II. Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto;
- III. Monitoramento da situação alimentar e nutricional;
- IV. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
- V. Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição;

VI. Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação;

VII. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

A PNAN, em sua diretriz primeira, versa sobre o “Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos”, reconhecendo o caráter multifatorial das questões de acesso aos alimentos, mas não eximindo a saúde de sua co-responsabilização:

Na condição de detentor dos dados epidemiológicos relativos aos aspectos favoráveis e desfavoráveis da alimentação e nutrição, em âmbito nacional, o setor Saúde deverá promover ampla articulação com outros setores governamentais, a sociedade civil e o setor produtivo, cuja atuação esteja relacionada a determinantes que interferem no acesso universal aos alimentos de boa qualidade (Brasil, 2003, p.19).

Analisou-se que, na realidade estudada, essa temática foi abordada na maioria das vezes de maneira caseira, com doação de alimentos pela equipe de saúde às famílias de maior necessidade, ou encaminhamento à assistência social, às ONGs e igrejas do território, de forma desintegrada (“cada um na sua parte profissional” – Médico B2), sem um diagnóstico sistematizado por parte das equipes sobre as causas do problema, com acompanhamento precário das medidas desencadeadas, ausência de padronização para as soluções, e com a avaliação do impacto dessas ações acontecendo de forma pessoal, assistemática.

O único setor governamental que a saúde cita na realização do trabalho intersetorial para essa questão é a assistência social, talvez muito referendado pela abordagem da fome durante a entrevista, sendo essas situações tão críticas que levam a equipe a pensar em medidas fora do setor saúde.

A análise de dados epidemiológicos sistematizados não apareceu como ponto de influência nas ações desempenhadas, nem dentro da unidade, nem na perspectiva de um trabalho intersetorial, demonstrando a fragilidade dos planejamentos locais de saúde e de seu protagonismo no território.

A suplementação alimentar é uma ação importante que, de acordo com a PNAN, deveria ser planejada e divulgada na rede de serviços municipais quando há desigualdade social e calamidades públicas, sendo papel do gestor municipal:

Definir e adquirir, com o apoio dos demais gestores, os alimentos e insumos estratégicos que devem fazer parte da suplementação alimentar e nutricional na rede de serviços, atentando para que esta aquisição esteja consoante à realidade alimentar e nutricional e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo (Brasil, 2003, p.37).

Os entrevistados, em seus relatos de soluções não institucionais para os casos mais graves de falta de acesso a alimentos na comunidade e de parcial descrédito na assistência social e seus programas sociais, demonstraram não ter conhecimento desse compromisso da política com as situações emergenciais.

A diretriz número dois que aborda a segurança e qualidade dos alimentos diz:

O redirecionamento e o fortalecimento das ações de vigilância sanitária serão focos de atenção especial na busca da garantia da segurança e da qualidade dos produtos e da prestação de serviços na área de alimentos. Essas ações constituem, assim, instrumento básico na preservação de atributos relacionados com o valor nutricional e com os critérios de qualidade sanitária dos alimentos e na prestação de serviços neste âmbito, com vistas à proteção da saúde do consumidor, dentro da perspectiva do direito humano à alimentação e nutrição adequadas. (...)

Em todos os níveis de atuação, será buscada e estimulada a constituição de parcerias com órgãos de proteção do consumidor, entidades da sociedade civil e do setor produtivo ligados ao tema, com o objetivo de divulgar as informações relevantes ao direito à qualidade e segurança dos alimentos, de modo a facilitar o acesso de todos os cidadãos a mecanismos destinados a garantir este direito. (...)

No campo da articulação intersetorial, buscar-se-á, ainda, a compatibilização dos procedimentos de vigilância sanitária, desenvolvidos pelo setor Saúde, com aqueles praticados por outros setores, para que sejam potencializados os recursos disponíveis e evitada a superposição de ações e conflitos entre instituições.

A consolidação do processo de descentralização da gestão das ações de vigilância sanitária, para as esferas estadual e municipal, constituirá, igualmente, uma medida essencial na busca da garantia da segurança e da qualidade dos produtos (Brasil, 2003, p. 19).

É considerado alimento seguro aquele livre de perigos de natureza biológica, química e física, ou seja, que não causa dano, nem é veículo para um agente de doença capaz de colocar em risco a saúde do consumidor. Nas questões relacionadas com o alimento seguro, apesar de ser uma representação recorrente, as ações no nível local fixaram-se nas orientações de higienização, manipulação e conservação dos alimentos. As demais ações esperadas para essa diretriz não apareceram, tais como promoção da cidadania na perspectiva do direito do consumidor (o que demanda ações educacionais sobre composição, rotulagem e propaganda dos alimentos) e trabalho em parceria com órgãos de defesa do consumidor e entidades que trabalham nessa linha de atuação, assim como parcerias com órgãos de fiscalização sanitária para inserir pequenos empreendedores no ramo de alimentos, adequando suas instalações para promoção de SAN.

A garantia da segurança dos alimentos é um tema amplo e atual nos debates. Sabe-se que o alimento inseguro causa repercussões importantes na saúde a longo prazo, apesar do difícil estabelecimento de nexos causais, com exceção das contaminações alimentares por microorganismos, área confortável para os profissionais de saúde e para os conhecimentos técnicos do processo saúde-doença biologicista.

Mesmo tendo sido citado nas entrevistas a discussão sobre transgênicos, o efeito na saúde do uso de agrotóxicos nos alimentos e a rotulagem dos alimentos, as ações sugeridas nesse contexto foram as tradicionais de higiene e manipulação de alimentos no domicílio, ações incorporadas no atendimento em saúde pública.

“Aqui no C.S. esse tema geralmente é falado em grupo de HAS/DM/puericultura, com o pediatra, mas eu acho que se tivesse alguma coisa relacionada a parte de nutrição, envolvendo a segurança, a segurança alimentar, ah...não ter uma dieta, mas, uma orientação, se a gente tivesse, seria uma coisa bem aproveitável.” (Aux. Enf. D).

A amplitude das ações oferecidas tem relação direta com o entendimento de produção de saúde pelos profissionais. Temas como direitos do consumidor, geração de renda e desenvolvimento econômico e conhecimentos multidisciplinares (referentes ao processo educacional, às ciências sociais, à produção dos alimentos), quando apareceram, constituíram-se como parte dos valores pessoais dos profissionais e não como sendo conhecimentos do escopo profissional.

A terceira diretriz indica o monitoramento da situação alimentar e nutricional, e esta constitui-se em uma resposta objetiva e concreta do setor saúde para a consolidação da PNSAN, enfatizada na LOSAN como subsídio à gestão das políticas para a área (Brasil, 2006).

Os entrevistados não relataram qualquer tipo de monitoramento da situação alimentar nutricional no nível local. Em Campinas, institucionalmente faz-se a notificação da desnutrição grave e a vigilância alimentar e nutricional dos beneficiários do programa Bolsa-Família. Mas essas ações preconizadas institucionalmente não foram citadas como prática de ações dos profissionais, o que pode indicar que, na prática, não a realizem ou a fazem de maneira burocrática, sem interferir no diagnóstico ou análise de suas ações.

Na PNAN, a quarta diretriz orienta:

A promoção de práticas alimentares saudáveis, que se inicia com o incentivo ao aleitamento materno, está inserida no contexto da adoção de estilos de vida saudáveis, componente importante da promoção da saúde. Nesse sentido, ênfase será dada à socialização do conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como acerca da prevenção dos problemas nutricionais, desde a desnutrição – incluindo as carências específicas – até a obesidade. O direito humano à alimentação deverá sempre ser citado em todo material educativo, pois é condição indispensável à vida e à construção da cidadania.

As ações dirigidas à adoção de práticas alimentares saudáveis deverão integrar todas as medidas decorrentes das diretrizes definidas nesta Política.

Deverá, além disso, ser concedida ênfase particular à orientação quanto à prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis, tais como as cardiovasculares e a diabetes melito, e à adoção de hábitos alimentares apropriados por seus portadores, como forma de se evitar o agravamento destas patologias (Brasil, 2003, p. 22).

Essa diretriz traz o enfoque da promoção à saúde para dentro da PNAN, levando em consideração a necessidade de adoção de práticas alimentares saudáveis. Apesar das discussões aqui já apresentadas, ponderando as concepções e práticas dos profissionais entrevistados como produtoras de saúde, é preciso evidenciar que existem ações sendo executadas nas unidades de saúde para a prevenção de problemas nutricionais (desde a desnutrição até a obesidade), incluindo orientação sobre aleitamento materno e sobre a adoção de hábitos alimentares apropriados por portadores de doenças crônicas não transmissíveis. O que justamente esse estudo quer enfatizar é que não basta existir uma ação de saúde para que o objetivo da política se concretize, pois as concepções que permeiam essa ação podem alterar completamente seu impacto.

Um estudo realizado com profissionais da atenção básica e seu conceito sobre alimentação saudável demonstrou haver uma ligação do conceito de alimentação saudável com uma idealização de dieta:

O conceito ideal da alimentação saudável é, portanto, definido pelos profissionais como uma condição alimentar que deve ser variada, balanceada e equilibrada com nutrientes; que ofereça benefícios à saúde para a adequação as necessidades nutricionais do indivíduo para um peso saudável e que tenha alimentos frescos naturais e integrais (Silva, 2002, p.1371).

Essa idealização da dieta ultrapassa o espaço do tecnicismo do saber médico, e permeia o senso comum, haja vista os inúmeros livros e periódicos sobre o tema disponível para a sociedade. Subjaz, aí, a noção implícita de que o corpo é a residência dos nutrientes e

que, portanto, é preciso só ingerir a dieta adequada para chegar ao padrão ideal de saúde e estética.

O aspecto nutricional dos alimentos é um componente importante na orientação à alimentação saudável, mas isolado é insuficiente para dar conta das outras dimensões do alimentar-se, como os aspectos sociais, simbólicos e de direito humano, presentes no arcabouço dessa legislação.

Alimentação saudável no aspecto da idealização é reduzir a importância dessa oportunidade do encontro com o indivíduo, que poderia propiciar mudanças importantes na alimentação; é reduzi-la a um padrão inatingível. Como comentou um médico sobre a adesão das usuárias às orientações - “apesar dela não seguir”. Nesse caso, a abordagem da alimentação torna-se a execução de uma tarefa automática, sem a preocupação com sua eficácia.

A utilização, pelos entrevistados, de verbos como **seguir, controlar e cumprir**, ao falarem de suas abordagens de alimentação e nutrição, trouxe à tona o exercício do poder médico sobre os usuários. No caso da não adesão à prescrição, a responsabilização recai sobre os usuários e sobre o seu contexto de vida, sem questionamento do tipo de abordagem utilizada, mesmo que reconhecidamente ineficaz e ineficiente.

A dieta idealizada é contraproducente, pois não produz autonomia nos indivíduos e cria uma dependência do saber médico, pois para alterá-la, é necessária a autorização médica.

Alimentação saudável como sinônimo de dieta ideal não é a abordagem do estímulo à alimentação saudável presente na PNAN e no contexto de SAN. Esse entendimento revela as mesmas concepções tecnicistas e baseadas em valor calórico total.

A execução de ações relacionadas com essa diretriz, para que seja promotora de SAN, precisa ser avaliada criteriosamente, sob diferentes aspectos e utilizando-se de metodologias apropriadas para cada questão. As ações pertinentes a essa diretriz deverão não só difundir conhecimentos nutricionais, mas, também, outros aspectos da alimentação, como orienta a diretriz:

Merecerá, igualmente, enfoque prioritário o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais inerentes ao consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo, bem como de padrões alimentares mais variados, desde os primeiros anos de vida até a idade adulta e a velhice (Brasil, 2003, p.22).

A promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis para a população necessita de trabalho educacional e motivacional para uma nova postura frente à vida e à saúde. Trata-se de um desafio para profissionais e para a sociedade em geral, pois exige mudança de hábitos, o que depende de metodologias educacionais adequadas aos vários tipos de público freqüentador das unidades de saúde e de alternativas viáveis que venham ao encontro ao poder aquisitivo da população.

Como preconiza a PNAN em sua quinta diretriz “Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição”:

(...) A inexistência de uma divisão clara entre as medidas institucionais específicas de nutrição e as intervenções convencionais de saúde exigirá uma atuação baseada em duas situações polares.

Na primeira, prevalece um quadro de morbi-mortalidade, dominado pelo binômio desnutrição/infecção, que afeta, principalmente, as crianças pobres, nas regiões de atraso econômico e social.

Na segunda, está o grupo predominante do sobrepeso e obesidade, diabetes melito, doenças cardiovasculares e algumas afecções neoplásicas, tendo como hospedeiro eletivo o segmento de adultos e pessoas de idade mais avançada, a despeito de se reconhecer que muitos desses problemas podem ter início na infância.

No grupo das enfermidades crônicas não-transmissíveis, as medidas estarão voltadas à promoção da saúde e ao controle dos desvios alimentares e nutricionais, por constituírem as condutas mais eficazes para prevenir sua instalação e evolução.

Os problemas alimentares e nutricionais que gravitam em torno da desnutrição energético-protéica (DEP) serão enfocados por meio de uma abordagem familiar, reconhecendo-se que os fatores de risco se

definem dentro de um contexto que poderia ser considerado como “família vulnerável”. Na prática, essa visualização torna recomendável a avaliação simultânea de outros membros da família, principalmente irmãos e, eventualmente, mães em condições de sobrecarga fisiológica, como gestação e lactação (Brasil, 2003, p.23).

Essa é a diretriz que se preocupa com a prevenção, mas, principalmente, com o tratamento dos problemas nutricionais dentro do contexto sócio-econômico e familiar, constituindo-se, esse mesmo, o maior desafio que se coloca aos profissionais de saúde.

A prevenção e tratamento que leva em consideração o fator sócio-econômico como fator que influencia o quadro epidemiológico nutricional esteve presente nas entrevistas como parte da bagagem cultural e social dos entrevistados, e não como determinantes bem estudados e fundamentados para a atuação sobre a questão alimentar. A abordagem das pessoas atendidas referida pelos entrevistados, apesar de ter um objetivo de impacto na família, não era familiar, fundamentada na avaliação simultânea de seus membros a fim de ser mais resolutivo ou preventivo.

Demonstrou-se, assim, que o enfoque biológico está garantido, mas centrado no indivíduo e na correção de sua doença, fragilizando a implantação das ações previstas nessa diretriz. Principalmente, se considerarmos que com o evento da dupla carga de doença, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição tornaram-se mais complexas em sua intervenção.

A sexta diretriz fala sobre a promoção do desenvolvimento de linhas de investigação, a qual não é possível discuti-la na perspectiva dos entrevistados mediante as entrevistas realizadas para esse estudo.

A sétima diretriz versa sobre o desenvolvimento e capacitação dos profissionais de saúde. É apontada como uma das responsabilidades do gestor municipal, como diz a PNAN: “Promover o treinamento e a capacitação de recursos humanos para operacionalizar, de forma produtiva e eficaz, o elenco de atividades específicas na área de alimentação e nutrição” (Brasil, 2003, p. 36). Apesar de alimentação e nutrição ser um tema transversal a outras capacitações (como na saúde da criança, doenças

crônico-degenerativas), deve haver uma operacionalização para atividades específicas de alimentação e nutrição, até para que sejam abordadas as várias dimensões que a envolvem, contemplando assim, sua participação na PNSAN.

Para que se forme uma representação social de temas como segurança alimentar e nutricional é essencial que haja espaços de formação em alimentação e nutrição, pois nesses espaços, enquanto produtores de educação, promovem-se a reflexão, a aproximação e a assimilação, que gerarão conceitos e posturas renovadas para o setor saúde, e que serão disseminadas entre os diferentes segmentos sociais, como orienta a PNAN ao município:

Promover a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas alimentares saudáveis, tais como o valor nutritivo, propriedades terapêuticas, indicações ou interdições de alimentos ou de suas combinações, mobilizando, para tanto, diferentes segmentos sociais, como, por exemplo, a escola (Brasil, 2003, p. 36).

O desenvolvimento e capacitação de recursos humanos têm sido apoiados pelo Ministério da Saúde através da CGPAN e sua rede de Coordenações Estaduais e Municipais de Alimentação e Nutrição, além dos Centros Colaboradores e Centros de Referência em Pesquisa. Mas esse é um processo lento, num país continental como o Brasil. Com isso, faz-se necessário que o gestor municipal organize as capacitações locais, de acordo com seu perfil epidemiológico, e avance numa perspectiva de enfrentamento do problema sob novos olhares.

Sintetizando, as ações de alimentação e nutrição referidas pelos profissionais de saúde entrevistados estavam focadas na doença, no biológico e no indivíduo, sem contemplar os avanços de abordagem previstos na PNAN, a integralidade das ações, a intersetorialidade para atuação sobre o tema, a concepção da alimentação enquanto direito e a segurança alimentar e nutricional, em que se atua não só sobre a consequência, mas também sobre as causas dos problemas alimentares e nutricionais.

O ato de alimentar-se é para o ser humano um ato ligado à sua cultura, à sua família, aos amigos e às festividades coletivas, que mobiliza vários aspectos da vida do indivíduo. Alimentando-se junto de amigos, de sua família, comendo pratos característicos

de sua infância, de sua cultura, o indivíduo se renova em outros níveis além do físico, fortalecendo também sua saúde nos aspectos psíquico e social. Sendo assim, o reducionismo biológico nas ações de alimentação e nutrição perde muito em sua eficiência e eficácia.

No cenário público brasileiro, a abordagem e as concepções trazidas pela PNAN e PNSAN são inovadoras e requerem aprendizado para os atores dessa política. Analisa-se que para a formação de um sentido para os profissionais de saúde, é preciso que sejam dadas a essas concepções oportunidades de discussão e debate entre os profissionais operacionalizadores do conceito de SAN, ampliando, assim, a capacidade de contextualização dos problemas alimentares e de reflexão sobre a necessária integração das políticas públicas de enfrentamento.

Muitos dos determinantes descritos pelos estudiosos como fatores de risco para insegurança alimentar foram citados pelos entrevistados, porém de forma superficial, não compartilhada dentro das equipes, e sem gerar ações mais estruturadas. Não há uma linha única de concepções dos entrevistados, nem mesmo por categoria profissional, mas as ações tornam-se comuns por categoria profissional, o que era esperado, já que os profissionais de saúde, na maioria das vezes, tomam como referência mais o que suas corporações orientam em suas ações práticas do que aquilo que um determinado projeto de governo define como diretriz (Cecílio e Mendes, 2004).

Apesar de haver no município de Campinas políticas públicas para o combate à fome, o cenário de insegurança alimentar é preocupante, com a presença de padrão alimentar quantitativo e qualitativo inadequado, como demonstrou o inquérito realizado no município.

Desse contingente, as famílias com rendimento médio total abaixo de um salário mínimo, 26.1% experimentam situação de insegurança alimentar severa, o que significa que seus adultos e crianças, com alguma frequência, não tem o que comer. Sua dieta habitual é insuficiente para garantir uma vida saudável. Pode-se dizer que não existe segurança alimentar para famílias que recebem menos de um salário mínimo (Segall, 2003, p. 11).

Se a qualidade da alimentação é inadequada para uma grande parte da população de Campinas, se até mesmo entre os que vivem em segurança alimentar o consumo de frutas diariamente é baixo, existe uma necessidade urgente de que todos os setores envolvidos – o que inclui a saúde - trabalhem para a promoção de uma alimentação saudável e para a garantia da segurança alimentar e nutricional.

A insegurança alimentar não deve ser considerada uma prerrogativa apenas de países e populações muito pobres. Ela é uma emergência nessas condições, mas pode e é frequentemente encontrada em situações de menor carência (Segall, 2003).

Analisa-se que a contribuição do setor saúde à PNSAN, no nível local, encontra-se incipiente em uma área de grande vulnerabilidade social no município de Campinas, tornando necessário que as reflexões realizadas através das entrevistas sobre o contexto em que se encontram as ações de alimentação e nutrição na atenção básica sejam aprofundadas e avaliadas para que se avance na garantia da segurança alimentar e nutricional das pessoas e que saia-se do discurso para a prática.

## **6- CONCLUSÃO**

A transformação do conceito de segurança alimentar e nutricional no mundo e, principalmente, no Brasil, dificulta sua assimilação e seu entendimento pelos diversos atores sociais, apesar de torná-lo adequado ao enfrentamento das questões alimentares da sociedade atual e às necessidades brasileiras atuais, devido à abrangência do conceito.

Para garantir a segurança alimentar e nutricional dos indivíduos, das famílias e da comunidade, é necessário que várias políticas públicas relativas à saúde, à educação, ao meio ambiente, à agricultura, ao acesso a terra, estejam em consonância com esse princípio e que sejam assimiladas pelos diversos atores das diferentes instâncias e responsabilidades.

No Brasil, realizar esse encontro entre o conceito brasileiro e os atores das políticas públicas e toda a sociedade ainda é um desafio, que somente nos últimos anos tem recebido força e espaço político.

Neste estudo, concluímos que os atores dessa política que foram entrevistados estão na fase de aproximação do objeto – o conceito de SAN.

Na fase da aproximação do objeto, para a construção do conceito os indivíduos o fragmentam para torná-lo acessível aos seus conhecimentos anteriores. Existe toda uma influência das concepções que sustentam seus conhecimentos anteriores e que influenciam os avanços científicos, tecnológicos (incluindo tecnologias leves) e de serviços que se relacionam com essa área, o que retroalimenta a importância do debate sobre o tema com os diferentes atores que participam dessa construção.

Atuar na garantia da SAN das pessoas exige pensar na alimentação, em todas as suas dimensões, e também pensar além dela, em concepções de direito, sociedade, meio ambiente (explorado de forma sustentável), o que acarretará em novas representações e concepções para a atuação do profissional em SAN.

Campinas, apesar de ser um pólo produtor de conhecimento na área de alimentação, nutrição e de segurança alimentar nutricional, além de possuir políticas de SAN e ter um Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional atuante, tem o desafio de continuar trabalhando na divulgação desse tema e na sensibilização de seus atores, pois este estudo colocou em evidência a apropriação frágil que os profissionais de saúde fazem do tema.

Leite (2005), ao analisar a política de segurança alimentar e nutricional no município de Campinas, destacou a desarticulação dos projetos locais, a falta de um plano municipal integrado e a não seleção de indicadores para a avaliação dos programas. Esse cenário fragmentado e de fraco monitoramento e avaliação acaba reproduzindo-se nos setores envolvidos com a questão, influenciando em suas intervenções.

Esse trabalho demonstrou que em áreas identificadas como de grande vulnerabilidade social as ações de alimentação e nutrição oferecidas estão aquém de suas necessidades para a garantia de SAN do ponto de vista do setor saúde e as equipes mal amparadas nesta mudança de paradigma.

Também se sinalizou a importância da avaliação de processo na implantação das políticas públicas, devido às várias conformações que vão adquirindo à medida que são implantadas nos estados, municípios e no nível local.

Por fim, a execução da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional no nível local ainda é um desafio e uma construção em andamento dentro de um país que tem por tradição ações compensatórias em alimentação e nutrição. Pautar ações públicas em direitos e cidadania é um evento recente na vida desse país. Assim sendo, vê-se, ainda, poucas mudanças profundas, necessárias e determinantes para a definição do país para o futuro. Mas este é um desafio que, apesar de lento, é possível e irreversível, devido aos avanços dos últimos anos em estudos, pesquisas e políticas. Porém, é preciso que tais pesquisas e políticas sejam mais divulgadas e discutidas com a sociedade, para que seja possível preparar melhor seus atores e acompanhar e avaliar sua implantação.

## **7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Akerman M, Mendes R, Bógus CM, Westphal MF, Bichir A, Pedroso ML. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(5): 638-46.

Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Comunic Saúde Educ* 2004; 8(15): 259-74.

Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic Saúde Educ* 2005; 9(16): 39-52.

Alves VS, Nunes MO. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Interface – Comunic Saúde Educ* 2006; 10(19): 131-47.

Amorim STSP, Moreira H, Carraro TB. A formação de Pediatras e Nutricionistas: a dimensão humana. *Rev Nutr* 2001; 14(2): 111-18.

Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(2): 455-64.

Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa* 2002; 117: 127-47.

Assis AMO, Freitas MCS, Oliveira TC, Prado MS, Sampaio LR, Machado AD, et al. Bró, caxixe e ouricuri estratégias de sobrevivência no semi-árido baiano. *Rev Nutr* 1999; 12(2): 159-66.

Bachelard G. La formación del espíritu científico. Tradução de Jose Balbini. 2.ed. Argentina: Siglo XXI Editores; 1972. 302p. título original: La formation de L'espirit scientifique.

Batista Filho M. Da fome à segurança alimentar: retrospecto e visão prospectiva. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(4): 872-3.

Belik W, Silva JG, Takagi M. Políticas de combate à fome no Brasil. *São Paulo Perspec* 2001; 15(4): 119-29.

Benevenuto MADR. Questão alimentar e nutrição: um enfoque interdisciplinar. Estudos Sociedade e Agricultura 1994; 3: 161-65.

Boog MCF. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. Cad Saúde Pública Rio de Janeiro. 1999a: 15(2): 139-47.

Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. Rev Nutr Campinas 1999b; 12(3): 261-72.

Boog MCF. Educação nutricional: por que e para quê? Jornal da UNICAMP 2 a 8 de agosto de 2004; P.2.

Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Aprova a Lei Orgânica da Saúde. [acesso em 22 de agosto de 2007]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislaçao/lei\\_organica\\_8080\\_19\\_09\\_90.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislaçao/lei_organica_8080_19_09_90.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 710/GM de 10/06/99 Política Nacional de Alimentação e Nutrição. DOU de 11/06/99 (a).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília, 1999 (b).

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do PSF. Brasília, 2002. [acesso em 22 de agosto de 2007]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/guia\\_psf.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/guia_psf.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2. ed. rev. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Estudo de Caso Brasil: a integração das ações de alimentação e nutrição nos planos de desenvolvimento nacional para o alcance das metas do milênio no contexto do direito humano a alimentação adequada. Brasília (DF); 2005. 303p.

Brasil. Presidência da República. Lei nº. 11346 de 15/09/2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar. DOU de 18/09/2006 (a).

Brasil. Portaria nº. 648 do dia 28 de março de 2006 (b). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. [acesso em 22 de agosto de 2007]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislação/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislação/portaria_648_28_03_2006.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informe da Atenção Básica nº40. Brasília, Ministério da Saúde, 2007 (a).

Brasil. Ministério da Saúde/SE/DATASUS [acesso em 20 de setembro de 2007 (b)]. Disponível em: [www.tabnet.datasus.gov.br](http://www.tabnet.datasus.gov.br)

Burlandy L, Magalhães R. Segurança, seguridade e direito: as diferentes faces da questão alimentar e nutricional. Observatório de Cidadania 2004 [acesso em 30 de junho de 2007]. Disponível em: [www.socialwatch.org/es/informeImpreso/pdfs/panorbrasileirod2004\\_bra.pdf](http://www.socialwatch.org/es/informeImpreso/pdfs/panorbrasileirod2004_bra.pdf)

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Coletiva 2000; 5(1): 163-77.

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. 2001 [acesso em 20 de setembro de 2007]. Disponível em: [www.campinas.sp.gov.br/saude](http://www.campinas.sp.gov.br/saude)

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.229-66.

Canesqui AM, org. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.306p. (Coleção Antropologia e Saúde).

Carvalho MC, Martins A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. Ciênc Saúde Coletiva 2004; 9(4): 1003- 12.

Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” e o projeto de promoção à saúde. Cad Saúde Pública 2004a; 20(4): 1088-95.

Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciênc Saúde Coletiva 2004b; 9(3): 669-78.

Castro VD, Car MR. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. Rev Esc Enf USP 2000; 34(2): 145-53.

Cavalli SB. Segurança Alimentar: a abordagem dos alimentos transgênicos. Rev Nutr 2001; 14 (suplemento): 41-6.

Cecílio LCO, Mendes TC. Propostas alternativas de gestão e protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? Saúde e Sociedade 2004; 13(2): 39-55.

Conferência Nacional de Segurança Alimentar, 2, 2004, Olinda. Relatório Final. Olinda, 2004. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/consea/static/documentos/IIconferencia.pdf>. Acesso em 21 jan., 2006.

Cohn A. Políticas sociais e pobreza no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas 1995 Jun - Dez [acessado em 14 de maio de 2007]; Disponível em: [www.ipea.gov.br/pub/ppp/ppp12/parte1.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/ppp/ppp12/parte1.pdf)

Conselho Nacional de Segurança Alimentar. Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar Nutricional: Textos de Referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar Nutricional. Brasília: CONSEA; 2004.

Cunha RAA, Lemos MB. Segurança alimentar sob o prisma das políticas urbanas de abastecimento. Texto para discussão 113 [on-line] 1997 [acesso em 20 de junho de 2006]. Disponível em: [www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20113.pdf](http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20113.pdf)

Deslandes SF, Cruz Neto C, Gomes R, Minayo, MCS. A construção do Projeto de Pesquisa. In: Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ, Vozes, 1994, p. 31-50.

Domene SMA. Indicadores nutricionais e políticas públicas. Estudos Avançados 2003; 17(48): 131- 35.

FAO/OMS. Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial. Cumbre Mundial sobre la Alimentación, Roma – Itália, 1996 [acesso em 15 mar de 2006]; Disponível em: <http://www.fao.org/docrep/003/w3613s/w3613s00.htm>.

Favaro T, Ribas DLB, Zorzatto JR, Correa AMS, Panigassi G. Segurança Alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saúde Publica* 2007; 23(4): 785-93.

Fernandez PMF, Voci SM, Kamata LH, Najas MS, Souza ALM. Programa Saúde da Família e as ações em nutrição em um distrito de saúde do município de São Paulo. *Cienc Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 749-55.

Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad Saúde Publica* 2007; 23(7): 1674-81.

Franco MLPB. *Análise de Conteúdo*. 2.ed. Brasília: Líber Livro Editora; 2005.79p.

Frankenberger TR, McCaston MK. The household livelihood security concept. *Food, Nutrition and Agriculture* [on-line] 1998 [acesso em 20 de junho de 2006]; 22. Disponível em: [www.fao.org.br/DOCREP/X0051T/X0051t05.htm](http://www.fao.org.br/DOCREP/X0051T/X0051t05.htm)

Freitas MCS, Pena PGL. Segurança Alimentar e Nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da cultura. *Rev Nutr Campinas* 2007; 20(1): 69-81.

Frey K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática de análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas* [on-line] 2000 Jun [acesso em 15 de setembro de 2007]; 21: [50 screens]. Disponível em: [http://www.Preac.unicamp.br/arquivo/materiais/txt\\_Frey.pdf](http://www.Preac.unicamp.br/arquivo/materiais/txt_Frey.pdf)

Frozi DS. *Segurança Alimentar e Nutricional de famílias no município de Campinas [Dissertação]*. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Gerhardt TE. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. *Ciênc saúde coletiva* 2003; 8(3): 713-26.

Goldenberg, M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.107p.

Guedes AEL. *O incentivo às ações de combate às carências nutricionais (ICCN): os desafios à integração dos programas e à integralidade das ações de nutrição nas práticas de saúde*. [Tese - Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2002.

Hoffmann R. Pobreza, insegurança alimentar e desnutrição no Brasil. *Estudos Avançados* 1995; 9(24): 159-72.

Hofling EM. Estado e políticas (públicas) sociais. *Cad CEDES* 2001; 21(55):30-41.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Suplemento Segurança Alimentar 2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.

Kosminsky, E. Pesquisas qualitativas: a utilização da técnica de histórias de vida e depoimentos pessoais em sociologia. *Ciência e Cultura*, 38(1): 30-36, 1986.

Lavinas L, Manão D, Garcia EH, Bittar M, Bahia M, Bezerra RA. Combinando compensatório e redistributivo: o desafio das políticas sociais no Brasil. Rio de Janeiro. IPEA, 2000 [acessado em 20 de junho de 2006]. Disponível em: [www.ipea.gov.br/pub/td/tda2000b.html](http://www.ipea.gov.br/pub/td/tda2000b.html).

Leão MM. Fome e insegurança alimentar no Distrito Federal [Dissertação] Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2005.

Leite JPA. Políticas Municipais de Segurança Alimentar: o caso de Campinas [Dissertação] Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Leon LM, Correa AMS, Panigassi G, Maranhã LK, Sampaio MFA, Escanilla RP. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Publica* 2005; 21(5): 1433-40.

Lima ES. A gênese e a educação alimentar: a criação da norma. *Hist cienc saúde-Manguinhos* 1998; 5(1): 57-83.

Machado NMV, Viteritte PL, Goulart DAS, Pinheiro ARO. Reflexões sobre saúde, nutrição e a estratégia de saúde da família. [acesso em 30 de agosto de 2007]. Disponível em [http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/noticia\\_01\\_09\\_06.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/noticia_01_09_06.pdf)

Maluf RS, Menezes F, Valente F. Contribuição ao tema da Segurança Alimentar no Brasil. *Cadernos de Debate* 1996; 4: 66-88.

Maluf RS. Ações públicas locais de apoio à produção de alimentos e a segurança alimentar [Paper]. São Paulo: Polis Papers 4, 1999 [acesso em 20 de junho de 2006]. Disponível em: [www.direitoacidade.org.br/publicacoes\\_interno.asp?codigo=170](http://www.direitoacidade.org.br/publicacoes_interno.asp?codigo=170)

Maluf RSJ. Segurança Alimentar Nutricional. Petrópolis: Vozes; 2007. 174p.

Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. Interface – Comunic Saúde Educ 2004; 8(14): 21-32.

Martins IS, Alvarenga AT, Siqueira AAF, Szarfac SC, Lima FD. As determinações biológica e social da doença: um estudo de anemia ferropriva. Rev Saúde Pública 1987; 21(2): 73-89.

Mendonça J, Góis Z. Aonde vai a ONG? Bahia Análise & Dados 2002; 12(3): 211-19.

Olson CM. Nutrition and Health Outcomes Associated with Food Insecurity and Hunger. J Nutr 1999; 129(2); 521-24.

Panelli-Martins BE. Análise de método de avaliação da segurança alimentar e nutricional: uma contribuição à política municipal de SAN [Dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2007.

Panigassi G. Inquérito populacional sobre a percepção da segurança alimentar intrafamiliar no município de Campinas, SP [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Pedraza DF. Gobiernos y seguridad alimentaria. Rev costarric salud pública 2003; 12(22):42-52.

Pedraza DF. Vulnerable groups and their characterization like a discrimination criterion of food and nutritional security in Brazil. Rev Bras Saúde Mater Infant 2005; 5(3): 367-75.

Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad Saúde Pública 2003; 19(5): 1527-34.

Pessanha LRD. Segurança Alimentar como um princípio orientador de políticas públicas: implicações e conexões para o caso brasileiro – Rio de Janeiro, 1998. (Tese de doutorado – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro).

Projeto Fome Zero; 2001 out. São Paulo/Fortaleza, Brasil. São Paulo: Instituto Cidadania; versão 3, 2001.

Radimer KL, Olson CM, Green JC, Campbell CC, Habicht JP. Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. *J Nutr Educ* 1992; 24(1): 36S – 45S.

Romanelli G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2006; 39(3): 333-9.

Ryan GW, Bernard HR. Data management and analysis methods. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. 2nd. U.S.A.: Sage Publications; 2000.p.769-802.

Saglio-Yatzimirsky MC. A comida dos favelados. *Estud Av* 2006; 20(58): 123-32.

Sampaio MFA. Agricultura e Segurança Alimentar: análise da produção e de disponibilidade de alimentos na América Latina [Tese - Doutorado]. Campinas (SP): UNICAMP; 2005.

Santos B de S. Ciência e senso comum. In: Santos, B. de S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989, p. 31-45.

Santos LAS. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Rev Nutr Campinas* 2005; 18(5): 681-92.

Santos SMC, Santos LMP. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate a fome no período 1995 – 2002. 1- Abordagem metodológica. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(5): 1029-40.

Sarquis LMM, Dell'acqua MCQ, Gallani MCBJ, Moreira RM, Bocchi SCM, Tase TH, et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. *Rev Esc Enf USP* 1998; 32(4): 335-53.

Segall-Corrêa AM, coord. (In)Segurança Alimentar no Brasil. Projeto: inquérito de base populacional. Campinas. Departamento de Medicina Preventiva e Social, UNICAMP/OPAS/ MS; 2003a. (Relatório Técnico).

Segall-Corrêa AM, coord. (In)Segurança Alimentar no Brasil. Projeto: acompanhamento e avaliação da segurança alimentar em famílias brasileiras – validação da metodologia e de instrumento de coleta de informações. Campinas. Departamento de Medicina Preventiva e Social, UNICAMP/OPAS/ MS; 2003b. (Relatório Técnico).

Silva PLB, Melo MAB. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. UNICAMP – Núcleo de Estudos em Políticas Públicas 2000 [acesso em 10 de setembro de 2007] Caderno Nº. 48. Disponível em: <http://www.nepp.unicamp.br/Cadernos/Cadernos48.pdf>

Silva DO, Recine EGIG, Queiroz EFO. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. Cad Saúde Pública 2002; 18(5): 1367-77.

Takagi M. A implantação da Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: seus limites e desafios [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): UNICAMP; 2006.

Traverso-Yépez M, Morais NA. Idéias e concepções permeando a formação profissional entre estudantes das ciências da saúde da UFRN: um olhar da Psicologia Social. Estudos de Psicologia 2004; 9(2): 325-33.

Turato, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da Saúde, definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública 2005; 39(3): 507-14.

Valente FLS. A política de insegurança alimentar e nutricional no Brasil de 1995 a 2002. [acesso em 29 de agosto de 2006] Disponível em: [www.fomezero.gov.br](http://www.fomezero.gov.br)

Valente FLS. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. [acesso em 20 de agosto de 2007] Disponível em: [www.coepbrasil.org.br/downloads](http://www.coepbrasil.org.br/downloads)

Valente Júnior AS, Alves MO, Cerqueira VQ. Fome Zero no Nordeste do Brasil: construindo uma linha de base para a avaliação do Programa. 2005 [acesso em 26 de novembro de 2006]. Disponível em: [www.bnb.gov.br/content/aplicacao/eventos](http://www.bnb.gov.br/content/aplicacao/eventos)

Vasconcelos FAG. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. Rev Nutr 2005; 18(4): 439- 57.

Vasconcelos EM. Educação popular como instrumento de reorientação de estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. Cad Saúde Pública 1998; 14(2): 39-57.

Viana V. Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. Aná Psicológica 2002; 4(20): 611-24.

Yasbek MC. O programa fome zero no contexto das políticas sociais brasileiras. São Paulo Perspec 2004; 18 (2): 104- 12.

**8- APÊNDICE**



## **PERGUNTAS NORTEADORAS PARA CONDUÇÃO DA ENTREVISTA DO ESTUDO.**

- O que você entende por segurança alimentar e nutricional?
- E para você o que é fome?
- Em sua opinião, o que determina que haja ausência de segurança alimentar e nutricional?
- O que poderia garantir a segurança alimentar e nutricional?
- Você participa ou participou de alguma atividade voltada para a segurança alimentar e nutricional?
- Durante o atendimento, que tipo de questões você faz sobre alimentação?
- Fale um pouco sobre as ações de saúde que você executa no seu cotidiano de trabalho, as quais contribuem na segurança alimentar para as pessoas que você atende? Poderia dar um exemplo ou falar de algum caso específico?
- O que acontece em seu serviço quando aparece uma família que relata que está passando fome?
- As ações para a segurança alimentar que você desenvolve tem envolvido outros profissionais? Para além do setor saúde? Tem participação dos profissionais de assistência social?
- Sua equipe ou você fazem encaminhamentos para programas sociais?
- Para realizar ações de segurança alimentar em seu território, quais seriam as facilidades e dificuldades que vocês enfrentam?
- Você gostaria de dar sugestões para ajudar seu trabalho ser melhor desenvolvido neste tema?
- Tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer?
- Você poderia me dizer onde você estudou (formação técnica/ nível superior)?
- Há quanto tempo você trabalha na atenção básica do município de Campinas?