

Processes for setting an agenda and formulating public policy on the prevention, control and surveillance of CNCDs in Brazil: an analysis of the National Diet and Nutrition Policy (1999-2005) 1

Denise Bomtempo Birche de Carvalho (1), Deborah Carvalho Malta (2, 3), Elisabeth Carmen Duarte (1), Lenildo de Moura (2), Otaliba Libânio de Moraes Neto (2, 4), Ana Beatriz Vasconcelos (2) Anelise Rizzolo (2), Marília Leão (2)

Abstract

This research analyses the formulation of Brazil's National Diet and Nutrition Policy (PNAN), a responsibility of the federal Ministry of Health, in cooperation with other government areas. Researchers at the Brazilian Policy Observatory on CNCD surveillance, prevention and control used qualitative methods to prepare a case study. They examined secondary sources of information (laws, programs, actions, decrees, administrative directives, publications of international organizations, speeches, reports) and conducted 16 semi-structured interviews with key players from government and civil society, selected through snowball sampling. Barriers to PNAN formulation that were overcome included disputes between experts (physicians and nutritionists); fragmentation of CNCD policies and programs in the Ministry of Health; difficulty with establishing regulatory frameworks for food production, marketing and labeling; and lack of political and technical agreement on terminology in the area of food and nutrition (hunger, malnutrition, food security). Nevertheless the policy was formulated in a participatory manner and resulted in a broad process of training for managers in all spheres of government. The merits of PNAN in terms of CNCD prevention and control are its contribution to the change in focus from nutritional deficiencies to health promotion, helping to make the public aware of CNCD prevention by encouraging healthy eating.

Key-words: agenda setting, public police, formulation processes, Brazil's National Diet and Nutrition Policy (PNAN); prevention, control and surveillance of CNCDs.

1. Introdução

A intervenção do poder público na realidade social é complexa. A formulação de políticas e/ou programas de governo é dependente da dinâmica de interação entre os grupos políticos no interior do Estado e deste com a sociedade organizada. Daí a necessidade de considerar o peso

¹ (1) University of Brasilia, Brazil; (2) Ministry of Health of Brazil; (3) Federal University of Minas Gerais, Brazil; (4) Federal University of Goias, Brazil

político da ação governamental na análise de programas de governo, sobretudo quando o que se pretende analisar é o processo de formulação de políticas públicas governamentais.

Pensando em contribuir com a capacidade técnica para a análise e avaliação de políticas de prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na América Latina e no Caribe, foi implantado o Observatório de Políticas com a função de sistematizar e analisar, com rigor metodológico, as informações relacionadas com as políticas que atuam na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. “O mesmo terá a capacidade de avaliar a evolução das intervenções na região e terá a função de difundir os resultados de suas análises assim como outros que considerem relevantes” (OPAS, 2003).

Nesse contexto, a OMS, em parceria com o Centro Colaborador do Canadá para o desenvolvimento de políticas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, está realizando estudos de caso focalizando os processos de formulação e implementação de políticas em três países: Brasil, Costa Rica e Canadá.

Este artigo visa apresentar a análise sobre as idéias, valores, interesses e instituições presentes no processo de formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Brasil (1999-2005), como contribuição do Observatório Brasileiro de Prevenção, Controle e Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

A escolha da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – (PNAN), como unidade de análise para estudo comparativo deve-se a vários aspectos: i) ela constitui-se em diretriz do Governo Federal, com caráter multissetorial, de responsabilidade do Ministério da Saúde, em intersectorialidade com os Ministérios de Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, Ministério da Educação, dentre outros; ii) a PNAN possui coerência com objetivos nacionais relativos às DCNT; iii) trata-se de uma política setorial que possui abrangência nacional; iv) ela envolve um dos principais fatores de proteção das DCNT, qual seja: a promoção da alimentação saudável; v) a PNAN possui um componente de intersectorialidade com outras políticas públicas de governo, o que lhe garante um potencial de universalidade.

Em junho de 1999, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 710, aprovou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, integrante da Política Nacional de Saúde, inserindo-se ao mesmo tempo, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (SAÚDE, 2003).

A formulação da PNAN foi coordenada pela, então, Secretaria de Políticas de Saúde e contou com a participação de diferentes setores do governo, segmentos da sociedade e especialistas no assunto, tendo sido submetida à apreciação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde. A PNAN, juntamente com outras iniciativas governamentais, é parte integrante do “conjunto das políticas do governo voltadas à concretização do direito humano universal à alimentação e nutrição adequadas” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 17). Para o alcance de seus propósitos, foram definidas como diretrizes político-institucionais da PNAN (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, P. 19): estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços nesse contexto; monitoramento da situação alimentar e nutricional do país; promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

As perguntas de investigação que orientaram a análise dos processos de formulação da PNAN foram as seguintes: Quais os contextos sociais, institucionais e políticos que viabilizaram o processo de formulação da PNAN? Como, no escopo da PNAN, a prevenção das DCNT entrou na agenda pública? A partir de quais problemas de saúde coletiva? Quais as alternativas de solução propostas pelos diversos atores governamentais e não-governamentais para enfrentamento do problema?

Para responder às questões de fundo e aos objetivos da pesquisa utilizamos de fontes de dados secundários e primários. Foram levantados dados secundários sobre a dimensão dos problemas relacionados aos cinco eixos e unidades de análise, tais como: Leis que criaram e regulamentaram as ações e programas objeto de análise; Decretos presidenciais, portarias; planos, boletins, relatórios expedidos pelos órgãos governamentais competentes; Publicações de organismos internacionais; Artigos de jornais de circulação nacional; Discursos, relatórios, pareceres; Atas de reuniões interministeriais e intra-ministeriais, grupos de trabalho; Memórias de eventos realizados. No que tange aos dados primários, foram realizadas 16 entrevistas semi-estruturadas com atores-chave, a partir de guia de entrevista, utilizando-se os seguintes critérios de seleção: indicação dos participantes do Observatório de Políticas sobre doenças crônicas não

transmissíveis; gestores públicos que participaram do processo de formulação da PNAN em vários setores da política pública; especialistas em evidências científicas de base epidemiológica em saúde relacionados à alimentação e nutrição; especialistas em alimentação e nutrição com experiência comprovada em formulação de programas e ações de alimentação e nutrição.

A realização de entrevistas com atores governamentais e não-governamentais, envolvidos nas etapas de formação da agenda pública e formulação das ações/programas, permitiu a reconstituição do processo e a movimentação dos atores, bem como suas motivações e interesses no campo da alimentação e nutrição no Brasil.

A interpretação dos dados qualitativos, coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, desenvolveu-se por etapas, a partir do método da “análise de conteúdo” desenvolvido por Bardin (1979). Trata-se de um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, o significado dos conteúdos enunciados pelos entrevistados, em suas entrelinhas, seus ditos e não ditos, ou seja, os significados manifestos e latentes, a partir de material qualitativo.

O Centro Colaborador do Canadá, com a contribuição das equipes do Brasil e de Costa Rica, elaboraram, no período de janeiro a novembro de 2005, o quadro de análise, visando subsidiar a análise das políticas públicas selecionadas para estudo do Observatório. Foram construídas cinco categorias de fatores interligados entre si: contexto, idéias, instituições, interesses e instrumentos de política (CLOTTEY, 2005).

Idéias e valores presentes no processo de formulação da PNAN

Idéias representam informações que os formuladores de políticas utilizam para reconhecer um problema de saúde pública e decidir a melhor maneira de agir. Os valores pessoais constituem-se em uma importante fonte de informações para os políticos na formulação de políticas públicas. Na área de promoção da saúde, pesquisas recentes no Canadá e nos Estados Unidos sugerem que as convicções pessoais dos legisladores sobre o papel do governo na promoção de comportamentos saudáveis são um fator significativo de influência em seu apoio à legislação de controle do tabaco, em particular, e políticas de promoção da saúde, em geral. Sabemos também que os debates sobre muitas questões de promoção da saúde/prevenção de

doenças revolvem ao redor de valores relacionados à escolha pessoal, e não à segurança pública (COHEN, J.E. et al, 2002).

As idéias e valores perpassam a elaboração de políticas públicas. Isso porque as políticas públicas definem não só o discurso governamental, mas, principalmente, a sua própria ação. Uma política pública também pode ser definida pelo conjunto de decisões tomadas para responder a um determinado problema de sociedade. Afinal, como seres políticos, estamos decidindo todo o tempo: “decidir que existe um problema; decidir que se deve tentar resolver o problema; decidir a melhor forma de resolver os problemas; decidir legislar sobre o tema” (SUBIRATS, 1994, p.41). Para entender as políticas públicas é preciso considerá-las como um processo que contempla um fluxo de interações entre atores envolvidos na elaboração, implementação e avaliação das políticas públicas. As decisões implicam, de outra parte, juízos de valor, idéias, interesses e conflitos que se processam em âmbito institucional.

Para se entender os processos de formulação de políticas públicas, devemos compreender as características dos atores, quais instituições representam, que papéis desempenham, que autoridades representam ou desfrutam, como se relacionam e controlam uns aos outros (LINDBLOM, 1991, P. 11), e, sobretudo, que interesses, idéias e instituições defendem. Sabemos que os atores envolvidos e interessados no processo de formulação de uma determinada política pública não coincidem plenamente sobre os problemas, as alternativas de solução e sobre a alternativa escolhida.

Aqui, nos interessa analisar os processos cognitivos de formulação de políticas públicas, segundo a concepção de Yves Surel e Pierre Muller (1998), como paradigmas, idéias e referenciais. Segundo os autores, essa corrente de análise de políticas públicas se desenvolveu a partir de 1980, como um esforço de compreender as políticas públicas como matrizes cognitivas e normativas constituindo sistemas de representação da realidade, no seio das quais os atores públicos e privados poderiam inscrever suas ações. Trata-se, portanto, de uma abordagem que estabelece a importância das dinâmicas de construção social da realidade na determinação de quadros e de práticas socialmente legítimas em uma dada conjuntura, no sentido empregado por Berger e Luckmann (1986, apud MULLER E SUREL, 1998).

Assim, como as idéias e valores de diversos atores do Estado, da sociedade e do mercado foram incorporados no texto da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Como as idéias foram construídas? Seriam construções sociais da realidade sobre os problemas e as soluções

relativos à alimentação e nutrição no Brasil? Afinal, como se deu esse processo? Como os atores negociaram, concertaram, persuadiram, argumentaram no campo das idéias e valores?

A formulação da PNAN iniciou-se, de maneira embrionária, na década de setenta, com os estudos e programas realizados e/ou coordenados pelo INAN, órgão responsável, à época, pelas ações no campo da alimentação e nutrição, sob a direção do doutor Bertoldo Cruze Grande de Arruda, ressaltou um informante-chave.

No campo das idéias e valores, os pressupostos da política foram construídos a partir de premissas defendidas e pactuadas no documento apresentado à Cúpula Mundial à Alimentação, pelas autoridades brasileiras, ocorrida em Roma, em 1996. Tal documento focalizava idéias sobre segurança alimentar nutricional. Além do acesso aos alimentos, o novo enfoque propõe que eles sejam de qualidade, respeitem a diversidade cultural e social, econômica e ambientalmente sustentáveis. Tal enfoque visa não somente prevenir problemas como a desnutrição, mas, igualmente, doenças crônicas não transmissíveis, sobrepeso e obesidade.

A institucionalização das discussões se deu com a designação de um grupo de trabalho, formado por profissionais da área de alimentação e nutrição, gestores de políticas públicas e pesquisadores para coordenar, dentro do Ministério da Saúde, a formulação da política. Como o INAN havia sido extinto em 1997 e a área de alimentação e nutrição estava se reordenando e se recompondo dentro do Ministério da Saúde, haja vista que *“o grupo de trabalho designado para formulação da PNAN era quase todos técnicos e gestores que vinham do INAN”*.

O ator principal foi o grupo que remanesceu do INAN. Esse grupo tinha uma série de apoios externos, por meio direto do Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição, com representantes de vários ministérios e tinha um forte apoio das universidades, *“tanto que quase sempre na formulação de programas globais ou de programas setoriais, o pessoal da universidade era convidado a participar”*. Além dos atores indicados, no plano das idéias e valores contribuíram também instituições médicas, o Conselho Federal de Nutricionistas, algumas organizações internacionais como a UNICEF e a Organização Mundial de Saúde, *“como os atores mais relevantes da implantação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição”*, de acordo com a percepção de um informante-chave.

A construção da política baseou-se em evidências científicas, no que havia de indicativo de questões importantes sobre o perfil alimentar e nutricional no Brasil. Por um lado, existiam alguns estudos multicêntricos, dados sobre a avaliação do programa do leite (PNCC) e questões

sobre a necessidade de se criar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Como enfatizou um informante-chave, *“era como se fosse uma colcha de retalhos, costurando diversas questões temáticas, conceituais, estratégicas que eram fundamentais para se ter o próprio escopo da política”*.

Havia consenso entre o grupo de trabalho designado para a elaboração da PNAN de que era possível desenhar uma política do ponto de vista amplo, mas que fosse coordenada pelo setor saúde. Num contexto intersetorial, participaram os representantes dos ministérios da Agricultura, da Educação, da Reforma Agrária, do Planejamento e Orçamento, das Relações Exteriores, da Ciência e Tecnologia, do Trabalho e Emprego.

No Sistema Único de Saúde (SUS) houve a participação dos gestores nacionais por meio de suas representações, principais: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), porque a política foi levada para discussão no âmbito da Comissão Tripartite e, portanto, foram agregadas várias considerações dos gestores estaduais e municipais.

Os centros colaboradores, na área de alimentação e nutrição alocados nas universidades (Universidade Federal do Paraná, Universidade Federal de Goiás, Universidade Federal do Pará, Universidade Federal da Bahia, IMIP e Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ), contribuíram com a construção de evidências empíricas para o desenho e formulação da PNAN. Tratava-se de um apoio técnico e científico aos formuladores da Política. Além dos centros colaboradores, participaram também, a Unicamp, a Universidade Federal de Pelotas e a Universidade Federal de Pernambuco.

O grupo de trabalho também contou com a efetiva participação da sociedade civil, como as entidades Solo Brasileiro de Segurança Alimentar (SBSA), Instituto Brasileiro e Análises Sociais e Econômicas (IBASE), Instituto Superior de Ensino e Pesquisa (INESP), Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), Pastoral da Criança, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN) e da Associação para Educação em Administração Empresarial, *“todos tiveram participação em vários momentos da discussão, seja em reuniões físicas ou por intermédio da internet na circulação de documentos”*. Alguns parceiros estratégicos internacionais como a OPAS e a OMS, que sustentaram, não só fisicamente, mas financeiramente a realização das oficinas de trabalho.

No que concerne ao campo da análise cognitiva da PNAN e suas contribuições para a construção da agenda pública sobre prevenção, controle e vigilância de doenças crônicas não transmissíveis, no Brasil, os entrevistados enfatizaram que os atores não só resgatavam a questão da desnutrição infantil como problema, mas apontavam a questão da obesidade ligada à alimentação inadequada e insistiam nas questões das carências nutricionais.

As diretrizes da política, no plano das intenções, foram negociadas e formatadas em um texto básico. Elas foram pactuadas nas esferas federal, estadual e pela sociedade civil, por meio de encontros e seminários de discussão, com a participação de segmentos do mercado interessados no setor de alimentação no Brasil.

Advogavam os atores, de forma muito clara, o combate simultâneo à deficiência crônica de energia, as carências nutricionais mais prevalentes como a hipovitaminose A, anemia ferropriva, bócio, dentre outras, o excesso de peso e os desequilíbrios na dieta, que aumentam a incidência de doenças crônicas como os diabetes, as doenças do coração e mesmo certos tipos de câncer.

Os atores destacaram, inclusive, que para atingir seus objetivos, muitas das ações propostas pela PNAN dependeram da concordância e do engajamento de outras esferas de governo, que não o Ministério da Saúde. Exemplos de ações de natureza tipicamente intersetorial são a regulamentação da rotulagem nutricional dos alimentos, a restrição da publicidade de alimentos não saudáveis (assim como de bebidas alcoólicas), a regulamentação da quantidade máxima de sal nos alimentos industrializados, a promoção da alimentação saudável nas escolas e nos ambientes de trabalho, o incentivo à produção de frutas e hortaliças, políticas fiscais diferenciadas para a taxação de alimentos mais e menos saudáveis, medidas de planejamento urbano que estimulem a atividade física, campanhas de esclarecimento usando os meios de comunicação de massa, entre outras.

Trata-se, conseqüentemente, da fragilidade do exercício de interlocução e intersetorialidade das políticas públicas no Brasil, *“principalmente, incapaz de garantir trocas substantivas entre os agentes sociais e suas respectivas concepções de bem-estar, princípios de equidade e regras de avaliação das ações”*.

No campo das idéias e valores que influenciam a formulação da PNAN, fator importante foi a extinção do Conselho de Segurança Alimentar, em 1994, pelo então Presidente Fernando Henrique (1994-2002), ao criar o Programa Comunidade Solidária que pretendeu articular

programas e ações de governo na sociedade civil e *“depois não deu conta e acabou ficando assim uma peça de filosofia”*.

Com referência à idéia de se ter uma política específica em relação à rotulagem de alimentos, pela indústria alimentícia, o campo de interesses e conflito foi intenso. Isso porque quase todas as diretrizes da PNAN remetem à questão da alimentação saudável. Esse enfoque não se refere apenas ao acesso aos alimentos. Seria necessário trabalhar o ambiente, que por sua vez implica regulamentação de propaganda, tornar a informação ao consumidor mais acessível, bem como a rotulagem nutricional. Na época, o Brasil resolveu partir para uma legislação de rotulagem obrigatória, que até então era regulada apenas em dois países: Estados Unidos e Israel. Em outros países a rotulagem era voluntária. O problema brasileiro, no campo da regulamentação nutricional, refere-se, principalmente, ao interesse comercial das indústrias em fornecer a informação correta ao usuário.

A preocupação com a rotulagem de alimentos, no Brasil, é decorrente do processo de implantação da PNAN, cujos processos de formulação e implementação eram simultâneos, as oportunidades foram surgindo, e os técnicos atentos aos processos conseguiram introduzir idéias e instrumentos necessários à ação do Estado no campo da Política Alimentação e Nutrição.

No que concerne às diretrizes de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, no escopo da PNAN, é interessante notar que era muito mais o movimento de quem a estava discutindo do que dos próprios setores do ministério que cuidavam das doenças separadamente. Na opinião de um informante-chave, *“também a gente que estava vendo os dados da obesidade subindo, a associação clara entre a alimentação e outras doenças e a fome, que era a pauta até então marcante na área de nutrição, que fomos buscar esses outros setores, não foi a demanda deles para a política”*.

Na opinião de um informante chave, uma idéia também não contemplada na PNAN, e que no Brasil precisa ser equacionada é uma espécie de código de ética para o relacionamento do setor público com o privado, porque não dá para ignorar o papel da indústria de alimentos. Não só no campo da alimentação e nutrição, mas em outros setores de políticas públicas, verifica-se a dificuldade dos gestores públicos em lidar com a iniciativa privada, haja vista que *“a tendência é recuar e não querer muito diálogo porque se tem medo de conflito de interesses, ainda mais em*

um momento de crise como a que estamos vivendo. Isso é uma coisa que a política não aborda e temos que dar conta disso em algum momento”.

Então, no plano das idéias baseadas em evidências, os atores enfatizam que a atual PNAN poderá e deve ser aprimorada no que concerne à prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, *“porque a obesidade está ganhando, cada vez mais força,”* tanto é que ela ressurge agora no final de 2004, com a Estratégia Global da Alimentação Saudável (OMS, 2004), com dados mostrando que tem quarenta milhões de pessoas com sobrepeso, adultos e crianças.

Interesses e conflitos presentes no processo de formulação da PNAN

Os formuladores de políticas recebem informações de várias fontes, apesar de algumas dessas fontes serem indivíduos que expressam suas opiniões pessoais (ativistas), outras representam a opinião coletiva comum de grupos de indivíduos. Por exemplo, grupos de interesse representam associações profissionais (médicos, enfermeiros, professores), cidadãos ou setores industriais. Junto com agências governamentais, essas várias partes interessadas formam comunidades de interesse próximas a campos específicos de políticas (saúde, educação, agricultura).

Dentro dessas comunidades, pequenos agrupamentos de partes interessadas interagem para tratar de questões específicas de políticas como, por exemplo, promover a publicação de informações nutritivas em rótulos de alimentos ou atividades físicas nas escolas. Os interesses específicos e a maneira como interagem podem variar conforme a questão. Denominamos esses grupos de interesse centrados em questões específicas e a maneira como interagem, redes de políticas ou comunidades de políticas.

Os grupos de interesses estão sempre tentando apresentar suas perspectivas sobre determinada questão a um formulador de políticas relevantes. Alguns desses grupos são bem organizados e têm uma boa base de recursos. Essa capacidade geralmente permite que consigam influenciar o processo de formulação de políticas mais do que outros grupos com menos recursos. Até certo ponto, os governos dependem de grupos de interesses com boa base de recursos para ajudá-los a decidir o que fazer em relação a uma questão específica. Os governos podem também depender bastante desses grupos ou indivíduos para ajudá-los na implementação de decisões relacionadas às políticas. (ATKINSON, M.M. & COLEMAN, W.D, 1992).

O Brasil, por meio de seus técnicos participantes das assembleias da OMS, aos poucos foi interagindo com a área de DCNT internacional. Naquela conjuntura, o Brasil passava por uma fase de implementação de ações dentro da PNAN, relativas à alimentação saudável e necessitava de apoio internacional. Nesse processo, houve a mobilização de técnicos da OMS interessados na área de tabaco, como primeira janela de oportunidades (KINGDON, 1995) para se conseguir tal apoio internacional. Esse foi o primeiro movimento em torno da diretriz de promoção da alimentação saudável e atividade física como estratégia de prevenção das DCNT, no Brasil.

Essa mobilização para a aprovação da alimentação saudável como componente da prevenção, controle e vigilância de DCNT começou com as ações sobre os malefícios do tabaco para a qualidade de vida. Assim, as legislações sobre produção e consumo de tabaco, com um componente regulatório foi o início da mobilização internacional.

A área técnica da OMS, após ter conseguido colocar a questão do tabaco na agenda internacional, começou uma mobilização interna para regulamentar, institucionalmente a questão da alimentação saudável e da atividade física. Nesse contexto, o Brasil teve um apoio importante da OMS na definição da referida estratégia.

A partir da mobilização brasileira, outros países conseguiram pautar uma agenda para discussão da questão em seus países. O Ministério da Saúde, por meio da área de doenças crônicas, organizou uma reunião, em 2002, com o representante da OMS, que ficou interessado no movimento que estava acontecendo no Brasil.

Na Assembleia da OMS, em 2002, o Brasil mais alguns países, mobilizaram, fazendo um esforço argumentativo e persuasivo, com base em evidências empíricas, mas também com base em conquistas de espaços institucionais no campo das idéias e interesses, para que outros países aprovassem uma resolução pedindo que a OMS elaborasse a Estratégia Global. Desse processo, resultou a composição de um grupo internacional de referência com representantes da comunidade científica e da área de programação. O Brasil foi representado no grupo de trabalho internacional por um técnico da área de saúde pública, que também era da área acadêmica. Porém, *“eles me convidaram para trazer uma perspectiva da saúde pública, no ponto de vista de programação, menos científica e mais programática”* destaca uma entrevistada.

Participaram da composição do grupo, outras organizações internacionais como FAO, UNICEF, etc. Esse grupo recebeu a tarefa de trabalhar conjuntamente com a OMS, no sentido de formular os marcos regulatórios da Estratégia Global de Alimentação Saudável e Atividade Física, a partir de 2002, como ilustra o informante-chave: *“foram dois anos, em termos de processo, mais ou menos, parecido com o processo de formulação de política [PNAN] do Brasil”*.

O processo de elaboração da Estratégia Global se iniciou com o desenvolvimento de um documento técnico, nos moldes da PNAN, como primeiro esboço. O referido documento foi submetido a uma discussão regional, de acordo com os territórios demarcados pela OMS. Cada uma das regiões realizou discussões sobre o documento, na perspectiva de demandas específicas. Ao mesmo tempo, a OMS realizava uma discussão com as organizações não governamentais do campo para captar a perspectiva do consumidor. As discussões envolveram também o setor privado. O processo de formulação da Estratégia Global da OMS culminou num texto final que foi aprovado em 2004.

Assim, fica claro que o processo de formulação e implementação da PNAN, de 1999 a 2004, principalmente em sua diretriz da alimentação saudável, contribuiu para a formulação da Estratégia Global em 2004. De um lado, como política pública nacional, a PNAN saiu fortalecida com a Estratégia Global. De outro, a Estratégia Global também foi construída e fortalecida com base na experiência dos países membros.

Instituições governamentais e não governamentais que influenciaram o processo de formulação da PNAN

Quando falamos de política pública, nos remetemos não só à perspectiva do Estado em ação, ou seja, designa o processo pelo qual são elaborados e postos em prática programas e ação pública traduzidos em dispositivos político-administrativos coordenados, em princípio, em torno de objetivos explícitos (MULLER & SUREL 1998), bem como às ações ou omissões do Estado em relação às demandas da sociedade (O'DONNELL, 1982, 1986).

A realidade de mandatos organizacionais divergentes e a falta de experiência em transpor os limites setoriais para produzir políticas harmonizadas é um obstáculo reconhecido nos fatores

determinantes da abordagem à formulação de políticas (LAVIS, *et al* 2001).

Apesar de várias maneiras alternativas de examinar o setor da saúde terem sido sugeridas na literatura (MCKAY, 2001), a predisposição existente, criada pela legislação atual, e estruturas e processos correlatos podem ter criado uma maior tendência contra a consideração de novas idéias sobre políticas. As abordagens organizacionais não tradicionais podem ser um fator crucial na capacidade do governo de responder eficazmente às questões atuais e emergentes relacionadas à saúde pública (DESVEAUX *et al.* 1994).

Assim, o processo de elaboração da PNAN, como já foi analisado, iniciou-se no âmbito do Ministério da Saúde, no lócus do Estado, espaço concreto em que suas diretrizes políticas foram construídas, debatidas e negociadas entre gestores de políticas governamentais, atores da sociedade civil e do mercado.

Como ponto de partida para as negociações, concertações e argumentações foi encomendado a um grupo de especialistas na área de alimentação e nutrição, ex-integrantes dos quadros do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, um documento básico no qual estivessem presentes elementos de evidência científica para a força da argumentação e persuasão necessárias à formulação de políticas públicas. Como nos lembra Majone, a política pública é feita de palavras. Em forma escrita ou oral, a argumentação é essencial em todas as etapas do processo de formulação de políticas (MAJONE, 1997, p.35). Com base nesse primeiro documento, que teria a força argumentativa baseada em evidência empírica sobre os problemas no campo da alimentação e nutrição, os técnicos responsáveis pela área realizaram três grandes reuniões, com representatividade de instituições de governo e de representações da sociedade civil.

Como nos lembra ainda Majone em toda organização, pública ou privada a discussão é um processo contínuo. O autor argumenta que o processo de discussão, tendo em vista o convencimento, perpassa todo o sistema político. Esse processo, no seio das organizações, é tão evidente que se encontra tanto na base da política e da democracia, que se poderia chamar a democracia de um sistema de governo mediante a discussão. Tanto os atores do Estado, como da sociedade, interessados em um campo de política, tais como os partidos políticos, o legislativo, o executivo, os tribunais, a mídia, os grupos de interesse e os especialistas independentes intervêm no processo contínuo de debate e mutuo convencimento (MAJONE, p.35).

Aqui caberia uma indagação: como se deu esse processo de persuasão e convencimento dos técnicos especialistas, com base em um documento básico, sobre a necessidade de elaboração de uma política específica para o campo de alimentação e nutrição?

Como explicitamos no item referente ao processo histórico dos contextos de formação e constituição da agenda pública no campo da alimentação e nutrição, no Brasil, a maioria dos atores entrevistados argumentou que, a partir da extinção do INAN, a área de nutrição ficou muito fragmentada dentro do Ministério da Saúde, assim como outras áreas conexas e de distribuição das responsabilidades de diferentes programas, como, por exemplo: área da alimentação da criança ficou com alguns programas e a Fundação Nacional de Saúde com outros.

O processo de extinção do INAN e conseqüente fragmentação das ações no âmbito de Ministério da Saúde geraram um descontentamento na comunidade de nutricionistas, não só daqueles lotados no INAN e realocados em áreas técnicas do Ministério da Saúde como também de nutricionistas de alguns estados da Federação. A decisão gerou ainda indignação da comunidade científica nacional, com repercussões nos organismos internacionais ligados à área.

Em nível institucional, a área de alimentação e nutrição possuía três elementos indispensáveis para a formulação da política: a) uma questão nacional traduzida pela relevância epidemiológica do problema e inserida na agenda pública governamental, para responder às demandas socialmente problematizadas no campo da saúde pública; b) uma conjuntura favorável dentro do próprio Ministério da Saúde, no sentido de reorganizar e recompor o campo da alimentação e nutrição (recursos humanos, técnicos, orçamentários); c) a pressão política de atores do Estado e da sociedade civil interessados na redefinição da ação do Estado no campo da alimentação e nutrição.

A PNAN foi a segunda política a ser regulamentada no MS, por meio da Portaria N° 710, de 10 junho de 1999, e representou decisão político-administrativa, institucional e setorial do MS, aos problemas de alimentação e nutrição, bem como aos problemas institucionais causados pelo esvaziamento do INAN até a sua extinção.

De fato, foram três processos paralelos que se queria realizar: de um lado reorganizar a área de alimentação do ponto de vista administrativo, técnico e político, de outro, desenhar e

definir uma política de alimentação e nutrição para o país e, finalmente, dar continuidade às ações governamentais ainda em execução no campo, mesmo com a extinção do INAN.

Do ponto de vista político-institucional, como argumentam os entrevistados da área técnica, as ações que ficaram fragmentadas referiam-se a área de alimentação infantil, iniciando por aleitamento materno e alimentação complementar, os programas de combate à desnutrição/carências nutricionais, assim como programas na área de micronutrientes: programa de redução do sal, programa de distribuição de vitamina A. Havia também iniciativas na área de combate à anemia.

Esse momento de crise, na fase de reorganização das ações de alimentação e nutrição, no âmbito institucional, favoreceu a interlocução de áreas de formulação e implementação de políticas. Começava-se a abordar, de forma embrionária, a necessidade de promoção da alimentação adequada e a necessidade de se estruturar ações, já com idéia de prevenção de doenças crônicas. De fato, a área de alimentação e nutrição, naquela conjuntura, iniciou uma interlocução com a área de doenças crônicas, em ações relacionadas a dietas para diabéticos, para hipertensos, mas de forma ainda embrionária.

Em 1998, algumas ações já estavam em andamento e iniciava-se o processo de formulação da PNAN. Ou seja, os processos de formulação e de implementação da política ocorreram de forma simultânea.

No âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do MS, naquela época, o processo de formulação da política iniciou-se como parte da metodologia que foi determinada pela área técnica, para o desenho e formulação de políticas públicas no campo da saúde.

Tal metodologia iniciava-se por meio da elaboração de documento técnico, que foi encomendado a três técnicos, cujos nomes eram referências na área de nutrição, e eles então elaboraram o primeiro esboço. O documento básico descrevia o quadro epidemiológico do problema, a proposta da política, suas diretrizes e depois as responsabilidades para cada um dos parceiros do SUS.

Após a elaboração do documento básico, fez-se necessário submetê-lo a um processo de consulta aos atores do Estado, da sociedade e do mercado interessados no campo. O referido

documento básico foi apresentado também num fórum de discussão, realizado na OPAS. Nesse fórum, foram identificados os principais atores da área de nutrição, principalmente aqueles ligados ao Poder Executivo. A partir da identificação dos atores interessados na área, a comissão instituída para a formulação da política, chamou outros ministérios, atores do poder legislativo e da sociedade civil, incluindo os movimentos organizados, o setor privado da área de alimentos e a comunidade científica e internacional,

Com relação aos atores da sociedade civil, os entrevistados ressaltaram a importância do trabalho de consulta realizada com o Fórum Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (FBSAN) que reunia uma representação ampla da sociedade, que tinha remanescentes da Ação da Cidadania Contra a Fome e a Miséria (1992-1994).

O Fórum Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional era composto por aproximadamente 120 organizações não-governamentais interessadas em respostas aos problemas da fome, da miséria e da insegurança alimentar e nutricional no Brasil. A contribuição do referido fórum foi expressiva, não só quanto ao conteúdo, mas pela inclusão de outras organizações que foram individualmente convidadas como a Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN), os movimentos organizados por nutricionistas que embora fizessem parte do fórum tinham também uma participação específica, não só por meio do deste, mas também como entidade de classe interessada na formulação da política.

Naquela conjuntura, foi relevante na cena política, o movimento dos nutricionistas, que, por intermédio de um dos congressos de nutrição realizado em Brasília, conseguiram chamar a atenção da sociedade, por meio da mídia, para a importância da realização do direito humano à alimentação, da incorporação da alimentação como direito, passando então essa discussão a ser cada vez mais incorporada ao desenho da política.

A reunião de trabalho, realizada na OPAS em 1998, como primeira oportunidade de compartilhar um documento puramente técnico num fórum de natureza eminentemente política foi oportuna para que os gestores governamentais começassem a identificar que a abordagem, a filosofia, o eixo central da PNAN deveria ser a alimentação como direito humano.

Porém, ao mesmo tempo em que era um avanço no campo da concepção, das idéias e valores, os gestores governamentais ainda não tinham clareza de como proceder para a incorporação dessa nova terminologia na agenda governamental, ou seja, a alimentação e nutrição como direito humano. Como ilustra um informante-chave, “*como lidar com isso, um campo novo, inclusive ainda o é, o que isso significa conceitualmente em termos de discurso, mas o que significa em termos programáticos, tinha muito pouca idéia*”.

Assim, necessário se fez que os técnicos demandassem auxílio da área de direitos humanos do Ministério da Justiça. Formou-se então um pequeno grupo de redação, para que com o apoio dos especialistas da área de direitos humanos, pudesse reler o texto básico da política, sob a ótica do direito humano à alimentação.

Na esfera institucional, ao mesmo tempo em que se concertava o texto básico, a partir das contribuições dos diversos atores interessados, os técnicos do Ministério da Saúde que já estavam reorganizados na Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) queriam testar as implicações programáticas daquele discurso em gestação (direito humano à alimentação), a partir das seguintes indagações: o que significa esse novo discurso? Trata-se de mais uma retórica ou tem consistência programática? Na opinião de um entrevistado foi uma conjuntura de discussão que gerou vários questionamentos e debates durante o processo de formulação da política. Esses questionamentos geraram, inclusive, a oportunidade de se testar, do ponto de vista pragmático-programático, esse discurso, nas ações concernentes à área de anemia.

A área técnica decidiu pela escolha da área de anemia como primeiro exemplo para a materialização do conceito de direito humano em termos programáticos, ou seja, a discussão metodológica do: Como fazer para que os programas de combate à anemia pudessem contribuir para a realização do direito humano à alimentação? Como lidar com o problema da anemia nesse contexto, nesse arcabouço do direito? Desta forma, tinha-se que chamar cada gestor à sua responsabilidade.

O direito implica em deveres de vários atores e estes devem ser pactuados em prazos, construção de indicadores, decisão sobre as formas de divulgação da informação e mobilização da sociedade, alocação de recursos humanos e materiais, elaboração de protocolo de resultados, dentre outros aspectos, referentes aos processos de formulação, implementação e avaliação de

políticas públicas. O pacto foi devidamente firmado em um documento oficial, que foi assinado pelos parceiros.

No âmbito institucional e dos instrumentos de ação, a mudança no plano conceitual também demandou uma ampla discussão sobre as implicações programáticas do conceito de direito humano à alimentação, como valor no campo das idéias na PNAN. Uma questão fundamental, na compreensão dos interessados referia-se à relação das instituições do Estado com os “beneficiários” dos serviços públicos. Na concepção de um entrevistado seria necessário mudar a relação entre Estado, sociedade e mercado, no sentido de que o sujeito da ação deixe de ser apenas objeto de políticas públicas, para ser também um participante, *“um cidadão, que aquilo [alimentação] é um direito, conseqüentemente, a família, a pessoa, a mulher é uma participante de uma ação da qual ela tem direito, não é um beneficiário”*. Essa mudança de olhar sobre o sujeito da ação profissional implica também capacitar os recursos humanos para a entrega de serviços da área da saúde para que eles tenham a convicção de que estão atendendo um direito

Nesse sentido, em âmbito institucional, com a aprovação da PNAN desencadeou-se um processo permanente de capacitação de recursos humanos envolvidos em atividades de planejamento, monitoramento e avaliação, de forma descentralizada, como preconiza a Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, *“capacitamos todos os estados [da Federação] num processo interessante, depois os estados fizeram os seus planos de capacitação dos municípios, treinaram todos os municípios”*.

O processo de capacitação, inicialmente, baseou-se na desconstrução de dois conceitos: segurança alimentar nutricional e direito humano á alimentação. A coordenação de capacitação desenvolveu uma metodologia de aprendizagem em que os participantes construíram os conceitos à luz de suas experiências e *“começavam a perceber que eram capazes de fazer alguma coisa para modificar aquela realidade”*.

A partir do processo de aprendizagem, a equipe começou a desenvolver uma série de pesquisas de opinião, que culminou na modificação do programa principal, que era distribuição do leite, com enfoque assistencialista. Vislumbravam-se programas mais inclusivos que culminaram nas diretrizes da PNAN. Assim, o processo de elaboração da PNAN na argumentação de um entrevistado foi inclusivo, participativo e sólido. Tanto que essa política

permanece até os dias atuais como política oficial do Ministério da Saúde, *porque uma política ela tem que ter uma vida mais longa.*

A argumentação em torno da diretriz referente ao direito humano à alimentação avançava, na medida em que as discussões sobre a diretriz relativa à intersetorialidade da política de alimentação e nutrição, com as demais políticas setoriais (educação, agricultura, trabalho, desenvolvimento social, dentre outras) demandavam uma articulação imediata da área com algumas pastas setoriais envolvidas no processo de formulação.

Segundo um entrevistado, um exemplo marcante diz respeito à indefinição do grupo de trabalho, encarregado da concepção e formulação da política, sobre o seguinte impasse: tratava-se de uma política de segurança alimentar que abarcaria toda a dimensão da segurança alimentar, desde a produção até a utilização biológica do alimento ou ela seria um recorte da área de saúde, uma política setorial inserida em uma política mais ampla de segurança alimentar?

Lembra um informante-chave, que a decisão foi tomada pela segunda definição, ou seja, pelo recorte setorial da saúde, por dois motivos: primeiro, porque a demanda realizada pelos técnicos, naquele ano, no MS, era de formular uma política no campo da alimentação e nutrição que compusesse a política nacional de saúde. Segundo, porque os técnicos consideravam que a agenda da saúde, no campo da segurança alimentar ainda era frágil e inacabada.

Nas instâncias de deliberação sobre a concepção da política, o Conselho Nacional de Saúde foi um ator-chave. Assim, argumenta um entrevistado que quando o texto da política passou por esse Conselho, a necessidade de argumentação em torno da idéia da intersetorialidade, de um lado, e amplitude e complexidade da idéia da segurança alimentar de outro, ganharam centralidade no debate. Desse debate e da força argumentativa dos especialistas e dos militantes do campo, nasceu a primeira diretriz da PNAN: a necessidade de ações intersetoriais para garantia da alimentação humana, portanto política pública, como dever do Estado e direito de cidadania, que culminou no texto integral da PNAN que foi regulamentada por meio pela Portaria nº. 710, de 13 de junho de 1999.

Conclusão

A construção da PNAN baseou-se no que havia de indicativo de questões importantes sobre o perfil alimentar e nutricional no país, tendo como base as premissas apresentadas na Cúpula Mundial de Alimentação.

À época da formulação da PNAN, os marcos regulatórios sobre produção, comercialização, estoque, rotulagem de alimentos, subsídios à produção de alimentos e controle da propaganda nos meios de comunicação eram incipientes e com o advento da globalização, os brasileiros, cada vez mais, aderiam à dieta ocidentalizada, dificultando ao Ministério da Saúde enfocar uma política mais ampla que a da desnutrição.

A garantia da segurança alimentar e da qualidade dos alimentos é um desafio que continua atual e o maior na PNAN. A promoção de práticas alimentares saudáveis, promoção e direito ao acesso à alimentação – a forma de operacionalização dessa diretriz pressupõe uma linha governamental que extrapola o próprio setor saúde. Essa intersetorialidade se faz presente no momento em que se busca inserir as indústrias de alimentos na implementação de medidas relativas ao enriquecimento e/ou correção dos alimentos, como, por exemplo, a obrigatoriedade de adicionar iodo no sal para consumo da população.

A PNAN foi formulada, baseada nos princípios constitucionais - alimentação como direito humano e dever do Estado, e assegurado no texto legal (Portaria nº 710, de 11/07/99), porém somente a Portaria não garante a efetividade das ações. A alimentação, como direito humano, requer o esforço da intersetorialidade. É necessário também que haja a pactuação de terminologias, ter conhecimento mínimo de processos de causalidade, de fatores determinantes das DCNT, ou seja, geração de dados com qualidade para avaliação das políticas e das redes causais dos problemas de saúde pública – grande desafio atual.

Um avanço significativo foi a colocação do tema na agenda, no sentido da formulação de uma política pública, no campo da alimentação e nutrição, com um marco regulatório (Portaria Ministerial) e de ter despertado a consciência da população para a prevenção das DCNTs, como uma das diretrizes da PNAN (alimentação saudável e atividade física), além da necessidade de rotulagem de alimentos, programas informativos sobre obesidade na TV, dentre outras ações.

Ressalte-se que a PNAN, considerada por um dos atores-chave “avançada e moderna”, foi assumida como política de governo, inclusive na busca de operacionalização de suas diretrizes como foi o caso do programas bolsa-alimentação (2001-2003) e bolsa-família (2004 até os dias atuais).

Computa-se como mérito da PNAN, a implantação do SISVAN, como resultado de uma de suas diretrizes, voltado a reunir informações que venham a subsidiar as políticas públicas para a melhoria das condições nutricionais da população e na manutenção de um eixo de convergência setorial importante no setor da saúde pública.

A formulação da Política se processou de forma bastante participativa, não por acaso, na área de recursos humanos, os profissionais que trabalham na área de alimentação e nutrição tomam a política como marco regulatório, nos planos político, técnico e ético, como estratégia de atuação para operacionalização de suas diretrizes, desencadeando um amplo processo de capacitação dos gestores em todas as esferas de governo, para a implementação das ações da PNAN.

A Alimentação e Nutrição e a Vigilância em DCNTs devem trabalhar de forma integrada, em uma única coordenação, tendo em vista a implantação da Estratégia Global e, por fim, trabalhar para que a prioridade do MS, em termos de políticas e estratégias, possa privilegiar a promoção da saúde, na medida em que a eficiência dela atenuará as demandas da área de assistência médico-hospitalar e aprimorar as legislações que regulamentam a vigilância em saúde, mesmo que se tenha avançado muito nesse campo, nos últimos anos (vigilância sanitária, por exemplo).

Lições aprendidas sobre o processo de formulação da PNAN - Estudo de Caso Brasileiro

Ao contrário de alguns pensamentos recorrentes, o problema da alimentação e nutrição sempre esteve na agenda pública do país, embora oscilando a prioridade ou a capacidade dos governos darem conta de toda a complexidade emanada dele.

Um sólido aprendizado obtido, amparado pela busca do aprimoramento democrático, foram os processos simultâneos de formulação e implementação de políticas públicas: “O

processo de formulação da PNAN foi bastante inclusivo, consultivo, ao mesmo tempo em que tentávamos reconhecer os programas, extinguindo umas ações e melhorando outras”, resultando em um processo de participação cidadã, no sentido da possibilidade de ampliar a discussão com a sociedade civil.

Ficaram patentes, entre as lições aprendidas, no processo de formulação da PNAN e de implementação de suas ações, no período de 1999 a 2005, a influência dos organismos internacionais na formulação e no financiamento de programas e políticas brasileiros, bem como a influência no campo dos valores, idéias e dos conhecimentos do próprio campo disciplinar (médicos, nutricionistas, enfermeiros).

O processo de formulação da PNAN foi um desencadeador da formulação de outras políticas de saúde, no âmbito do MS. Cabe destacar que sua formulação e aprovação ocorreram em um contexto de crise do Estado, no qual especialistas e militantes no campo da alimentação e nutrição aproveitaram as situações de crise como momento oportuno para realizar mudanças estratégicas no campo, como uma janela de oportunidades, no sentido da contribuição de Kingdon (1995). Nessa perspectiva, ficam claras as possibilidades de institucionalização da proposta no MS – marco normativo e regulatório permitindo o desenvolvimento da Política, a possibilidade de articular a definição do problema, com as alternativas de solução e as prioridades políticas dos gestores públicos – tomadores de decisão, a possibilidade de análise das correlações de forças existentes em determinada conjuntura e a margem de liberdade dos gestores públicos no campo das idéias e das propostas de ação e a possibilidade de agregar valor público ao processo de formulação e gestão de políticas públicas – dimensão participativa: Estado e sociedade civil.

Referências Bibliográficas:

ANGUS, D. et Al. **Sustainable Health Care for Canada**, Ottawa: Universidade de Ottawa, 1995.

ASHLEY, M.J. et al. "How Canadian Legislators View Health Promotion: Does Party Affiliation Matter?" **Canadian Journal of Public Health**, Vol. 92, No.1, 2001. pp 16-18.

ATKINSON, M.M. and COLEMAN, W.D. (1992) **Policy Networks, Policy Communities and the Problems of Governance**, 5, 154-180.

BATISTA FILHO, Malaquias, BARBOSA, N.P. **Alimentação e Nutrição no Brasil, 1974-1984**. Brasília: INAN, Ministério da Saúde, 1985.

BATISTA FILHO, Malaquias, Barbosa. SISVAN: breve história, grandes perspectivas. In **Boletim SISVAN**, disponível em dtr2004.saude.gov.br/nutricao/boletim_sisvan. Acesso em 23/03/06, às 11h25.

BATISTA FILHO, Malaquias, Entrevista concedida para a pesquisa, novembro de 2005.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA Lei 5.929, 30 de novembro de 1972 (Criação do INAN).

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA Decreto 73.996 de 30 de abril de 1973 (INAN – Autarquia).

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Programa Nacional de Alimentação e Nutrição — PRONAN: 1976--1979**. Brasília, 1976. (Documento Técnico INAN — 6/76).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Histórico do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais. Secretaria de Assistência à Saúde**, Departamento de Atenção Básica, CGPAN, 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis no Brasil. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília: 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. **Relatório de Avaliação do PPA, 2002**. www.planejamento.gov.br.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. 2ª edição revista. Brasília: 2003.

BRASIL. CONSEA, **II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: A construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Relatório Final, Brasília, 2004. [//www.presidencia.gov.br/consea/static/documentos/IIConferencia.pdf](http://www.presidencia.gov.br/consea/static/documentos/IIConferencia.pdf).

BRASIL. FUNASA/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Proposta de Monitoramento dos Agravos Não Transmissíveis e seus Fatores de Risco**. II Reunião para Implantar o Monitoramento de Doenças Não Transmissíveis, de seus Fatores de Risco e de outros Agravos à Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, OPAS. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Análise da Estratégia Global da OMS para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde**. Brasília: 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **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 à alimentação adequada. Ministério da Saúde, Secretaria de Apoio de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BROWNSON RC, Remington PL, Davis J. **Chronic Disease Epidemiology and Control.** American Public Health Association. Baltimore, MD, 1993.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da Saúde no Brasil. Conferência apresentada ao I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde.** Rio de Janeiro, 10 de maio de 2005. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/GTs/GT>. Acesso em 03/03/2006, às 14:59.

CLOTTEY, Clarence. **Estrutura e metodologia para analisar iniciativas de formulação de políticas integradas relativas à prevenção de doenças crônicas.** Centro Colaborador da OMS sobre políticas integradas relativas à prevenção de doenças crônicas. Canadá, 2005.

COHEN, J.E. et al. "Predictors of Canadian Legislators Support for Tobacco Control Policies," **Social Science and Medicine**, Vol. 55. 2002, pp. 1069-1076.

DESVEAUX, J.A. et al (1994), "Organizing for Policy Innovation in Public Bureaucracy: AIDS, Energy and Environmental Policy in Canada," **Canadian Journal of Political Science**, XXVII: 3, pp. 493-528.

ESCODA, Maria do Socorro Quirino. **Investimento no capital humano: Uma análise da política de nutrição – RN;** Projeto Rio Grande do Norte; CNPq/FUNPEC, ano II, nº 2 e 3, 05/1983. < <http://www.ufrnet.br/~scorpius/37-Inv%20Cap%20Hum.htm>>.

ESCODA, Maria do Socorro Quirino; VILAR, Maria Helena; BEGIN Natalie. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **IX Conferência Nacional de Saúde.** Painel. Ministério da Saúde. UnB, Brasília, 1992. Disponível em <http://www.ufrnet.br/~scorpius/37Inv%20Cap%20Hum.htm>

EVANS, R.G. and STODDART, G.L. Producing Health, Consuming Health Care, in Evans, R.G., Barer, M.L. and Mannor, T.R., eds., **Why Some People are Healthy and Others Are Not**, New York: Aldine De Gruyter, 1994, 4-27.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **A trajetória do Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional (FBSAN).** www.fbsan.org.br, 2003.

FUCHS, Werner Pastor; PASSOS, Zélia. **A Mobilização pela Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável no Paraná.** Disponível no site <http://www.setp.pr.gov.br/setp/conselhos/consea/>. Acesso em 27/03/06, às 17h40.

IPEA. **A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação no Brasil**. Brasília, 2002.

IPEA. “Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil”. **Cadernos Comunidade Solidária**, v.2, nov.1996, Brasília, IPEA, 1996.

KINGDON, John W. **Agendas, alternatives and public policies**. New York: Longman, 1995.

LAVIS, J. et al (2001), "**Barriers to Employment -related Healthy Public Policy in Canada**," Health Promotion International, Vol.16, pp. 9-20.

LESSA, Inês. “Os programas nacionais de educação e controle para DCNT” In LESSA, Inês (org) **Adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil**. SP: Hucitec, 1998.

LESSA, Inês. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9, nº 4, Rio de Janeiro Out/Dez 2004.

MAJONE, Giandomenico. **Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas**. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.

MALUF, R. S., MENEZES, F., VALENTE, F. L. Contribuição ao tema da Segurança Alimentar no Brasil. Vol. IV. **Revista Cadernos de Debate**, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação da UNICAMP; 1996.

MCKAY, L. **Making ofthe Lalonde Report**, CPRN Research Report, 2001.

MULLER Pierre, SUREL Yves, **L'analyse des politiques publiques**, Paris, Montchrestien, coll. Clefs politique, 1998.

OPAS, **Observatorio de Políticas para la Prevención de Enfermedades no Transmisibles en Latinoamérica y el Caribe**. División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades no Transmisibles. Washington, Diciembre, 2002.

PEREIRA, Rosana Sperandio. **Participação da Sociedade Civil no Governo Itamar Franco: Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA)**. Universidade de Brasília: Dissertação de mestrado em Política Social. Brasília, 1997.

ROTHSTEIN, B. (1998) Political Institutions: An Overview, in Goodin, R.E. and Klingemann, eds., H-D. **A New Handbook of Political Science**, Nova York: Oxford University Press, 133-166.

SUBIRATS, Joan; (1989) **Análisis de Políticas Públicas y Eficacia de la Administración**, Madrid, INAP.

VALENTE, Flávio Luiz Schieck. **A política de insegurança alimentar e nutricional no Brasil de 1995 a 2002**. Publicação Eletrônica; 2005. Disponível em:

<http://www.fomezero.gov.br/download/pol_inseg_alimentar_Flavio_Valente.pdf>
Valente>

Flávio

_____ **A Evolução, Conceito e o Quadro da Segurança Alimentar dos anos 90 no Mundo e no Brasil.** Publicação Eletrônica; 2005. Disponível em: <agora@agora.org.br>.

_____ **O combate à fome e à desnutrição e a promoção da alimentação adequada no contexto do Direito Humano à Alimentação: um eixo estratégico do desenvolvimento humano sustentável"**, 2001, mimeo.

_____ **A Cesta Básica como Complemento Alimentar, Nutricional e de Renda.** Publicação Eletrônica; 2005. Disponível em: <agora@agora.org.br>.

VASCONCELOS, A. G. V. **Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula.** Revista de Nutrição vol. 18, nº 4; Campinas; Julho/Agosto de 2005.

VOGEL, Ellen. **Ferramenta para Relatórios e Análise de Conjunto de Casos.** Observatório de Políticas relativas a DCNT. Montreal, Canadá, 2005.,

WELLER, G.R.I "The Determinants of Canadian Health Policy" **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Vol. 5, No. 3, 1980, pp. 405-418.

YIN, R. K. (1994); **Case Study Research. Design and Methods.** Second Editions. Thousand Oaks: SAGE.

