

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE

POLÍTICA NACIONAL DE
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

SUMÁRIO

	pág.
1. INTRODUÇÃO	03
2. PROPÓSITO	09
3. DIRETRIZES	10
3.1. Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos	10
3.2. Garantia da segurança e qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto.....	10
3.3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional.....	11
3.4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis	13
3.5. Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e à nutrição	14
3.6. Promoção de linhas de investigação	17
3.7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.....	18
4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS	20
4.1. Articulação intra e intersetorial	20
4.2. Responsabilidades do Governo Federal – Ministério da Saúde	23
4.3. Responsabilidades do Governo Estadual – Secretaria Estadual de Saúde	25
4.4. Responsabilidades do Governo Municipal – Secretaria Municipal de Saúde ou organismos correspondentes	26
5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	29
6. TERMINOLOGIA	31
7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	37

1. INTRODUÇÃO

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. No plano individual e em escala coletiva, esses atributos estão consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada há 50 anos, os quais foram posteriormente reafirmados no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) e incorporados à legislação nacional em 1992.

A concretização dos direitos humanos, e mais particularmente no âmbito da alimentação e nutrição, compreende responsabilidades tanto por parte do Estado, quanto da sociedade e dos indivíduos. Assim é que, no preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, está inscrita a condição do ser humano de sujeito do desenvolvimento, a qual é explicitada, na Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento da ONU (1986), nos seguintes termos: “Todos os seres humanos são responsáveis pelo desenvolvimento, individualmente e coletivamente, levando em conta a necessidade do respeito integral de seus direitos humanos e liberdades fundamentais, bem como suas obrigações para com a comunidade, que podem garantir a livre e completa realização do potencial humano.”

Ao Estado cabe respeitar, proteger e facilitar a ação de indivíduos e comunidades em busca da capacidade de alimentar-se de forma digna, colaborando para que todos possam ter uma vida saudável, ativa, participativa e de qualidade. Nas situações em que seja inviabilizado ao indivíduo o acesso a uma alimentação e nutrição digna, tais como desastres naturais (seca, enchente, etc.) ou em circunstâncias estruturais de penúria, deve o Estado, sempre que possível em parceria com a sociedade civil, garantir o direito humano à alimentação e nutrição adequadas. A ação do Estado, nessas situações, deve ser sempre associada a medidas que visem prover as condições para que indivíduos, famílias e comunidades recuperem, dentro do mais breve espaço de tempo, a capacidade de produzir e ou adquirir sua própria alimentação.

Os riscos nutricionais, de diferentes categorias e magnitudes, permeiam todo o ciclo da vida humana, desde a concepção até a senectude, assumindo diversas configurações epidemiológicas em função do processo saúde/doença de cada população.

Nas três últimas décadas, a constatação dessas evidências converteu-se em amplo consenso, e a segurança alimentar e nutricional passou a ser considerada requisito básico para a afirmação plena do potencial de desenvolvimento físico, mental e social de todo ser humano (Valente, 1997).

O conceito de segurança alimentar que, anteriormente, era limitado ao abastecimento, na quantidade apropriada, foi ampliado, incorporando também o acesso universal aos alimentos, o aspecto nutricional e, conseqüentemente, as questões relativas à composição, à qualidade e ao aproveitamento biológico. O Brasil adotou esse novo conceito a partir de 1986, com a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, o qual consolidou-se quando da realização da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, em 1994.

Assim, no conjunto dos componentes de uma política nacional voltada para a segurança alimentar e nutricional, estão o crédito agrícola, inclusive o incentivo ao pequeno agricultor; a avaliação e a adoção de tecnologias agrícolas e industriais; os estoques estratégicos; o cooperativismo; a importação, o acesso, a distribuição, a conservação e o armazenamento de alimentos, o manejo sustentado dos recursos naturais, entre outros.

As ações voltadas a garantir essa segurança dão, assim, consequência prática ao direito humano à alimentação e nutrição, extrapolando, portanto, o setor saúde e alcançando um caráter intersetorial, sobretudo no que respeita à produção e ao consumo, o qual engloba, necessariamente, a capacidade aquisitiva da população e a escolha dos alimentos que devem ser consumidos, nesta incluída os fatores culturais que interferem em tal seleção.

Tanto a adoção do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional, em âmbito mundial, quanto a retomada das discussões acerca do tema, por parte do Governo Brasileiro, facilitaram a compreensão do papel do setor Saúde no tocante à alimentação e nutrição, reconhecidas como elementos essenciais para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A atuação do setor Saúde no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional é marcada por dois momentos, que podem ser denominados positivo e crítico.

O momento positivo ocorre quando a oferta, a distribuição e o consumo de alimentos, viabilizados por meios extra-setoriais e com a participação da sociedade, transcorrem com normalidade, quer em termos de quantidade, qualidade e regularidade, quer em termos de utilização biológica. Nessas condições positivas, as ações predominantes do setor Saúde são a vigilância alimentar e nutricional, a vigilância sanitária de alimentos e as medidas de caráter educativo.

O momento crítico ocorre quando há falhas na oferta, no consumo ou no padrão de utilização biológica dos alimentos. Nessas circunstâncias, obstáculos extra-setoriais – deficiência de renda, quebra de produção, intercorrência na oferta – ou setoriais, a exemplo da desinformação e de hábitos alimentares inadequados, bem como a ocorrência de doenças e agravos endêmicos ou epidêmicos possibilitam a existência de problemas que afetam a saúde da população e cuja resolução compete ao setor Saúde: a desnutrição, as carências específicas, a obesidade, o diabetes melito, as dislipidemias e as associações com outras doenças crônicas de reconhecida relevância epidemiológica.

No arcabouço legal referente ao Sistema Único de Saúde – SUS –, essas questões estão devidamente contempladas. O Art. 3º da Lei N.º 8.080/90 define que a alimentação constitui um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde da população, cujos níveis expressam “a organização social e econômica do país”. No Art. 6º, estão estabelecidas como atribuições específicas do SUS “a vigilância nutricional e orientação alimentar” e “o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo”.

Já o parágrafo único do Art. 12 define que a articulação de componentes de políticas e programas de alimentação e nutrição, cuja elaboração e execução estejam fora do setor Saúde, é realizada em Comissão Intersectorial específica, subordinada ao Conselho Nacional de Saúde. Essa Comissão deve ser integrada “pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil”.

De outra parte, são inúmeros os problemas inerentes à alimentação e à nutrição inadequadas, cabendo destacar, de início, as informações oriundas do UNICEF (1998) dando conta que, nos países em desenvolvimento, cerca de 55% das mortes infantis estão ligadas à desnutrição, não existindo, na história recente da humanidade, qualquer situação mórbida com esta magnitude, apesar dos avanços alcançados na redução da prevalência do problema. Além do efeito mais desfavorável, ou seja, a mortalidade, a desnutrição energético-proteica – DEP – agrava o curso de outras doenças, prolonga o tempo de internação e resulta em seqüelas para o desenvolvimento

mental.

Dados de 1996, oriundos da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – um estudo de base populacional –, indicam que 10,5% das crianças brasileiras apresentavam deficit de altura (<-2dp), e que a prevalência desta condição variava notavelmente nas regiões brasileiras, situando-se entre 5,1 %, no Sul, e 17,9%, no Nordeste.

Tomando como referência o deficit peso/idade (<-2dp), a situação também se mostrava desfavorável para o País, ocorrendo em 5,7% das crianças menores de 5 anos, com as maiores freqüências sendo registradas nas regiões Norte (7,7%) e Nordeste (8,3%). Mesmo com a diminuição em mais de 20% da DEP, na última década, um contingente considerável de crianças brasileiras ainda apresentava atraso marcante de crescimento, pela relação peso/idade, na faixa crítica dos 6 aos 23 meses.

Outro ponto prioritário da questão alimentar e nutricional está relacionado às deficiências de micronutrientes, centralizadas no trinômio vitamina A/ferro/iodo, sobre as quais as avaliações recentes evidenciam um quadro preocupante.

A deficiência de vitamina A, de acordo com publicação do Projeto HOPE, constitui problema endêmico em grandes espaços das regiões Norte, Nordeste e Sudeste. Apesar da escassez de informações, é possível identificar a população infantil do Nordeste como a mais vulnerável ao problema, uma vez que entre 16% a 55% das crianças apresentariam dosagem de vitamina A abaixo de 20 mcg/dl, caracterizando situações carenciais endêmicas, conforme McAuliffe e cols, (1991), Diniz (1997), Veras e cols (1998).

Existem, igualmente, indicações da ocorrência da hipovitaminose A em bolsões de pobreza de Minas Gerais e de São Paulo, além de áreas da região Norte. Nessas áreas, mais de 15% das amostras de sangue examinadas comprovaram que a dosagem de vitamina A estava também abaixo do limite.

Essa deficiência é, ainda, a principal causa da cegueira evitável no mundo, estando também associada a 23% das mortes por diarreias, em crianças. Estudos promovidos pelo UNICEF, em 1980, indicaram que cerca de 25% dos sobreviventes à xeroftalmia grave perdem completamente a visão, e que os sinais clínicos da hipovitaminose A estão quase sempre acompanhados de manifestações de deficiência energético-protéica. Nos dois casos, as infecções desempenham papel relevante.

No tocante à deficiência de ferro, ressalta-se a anemia como problema nutricional de maior magnitude no País, acometendo sobretudo mulheres no período fértil e crianças menores de dois anos de idade. Estima-se que, de cada dez gestantes que fazem o pré-natal, três são anêmicas, sendo bem maior a proporção entre crianças: 50% ou mais (Arruda, 1995).

É ilustrativo referir que, no estado de São Paulo, mesmo considerando os notáveis avanços obtidos na redução da mortalidade infantil e pré-escolar, bem como no controle da desnutrição infantil, nos últimos 22 anos, a freqüência de anemia em crianças elevou-se em mais de 100%: 22%, em 1974; 35%, em 1985; e 46%, em 1996 (Monteiro, 1997).

Quanto ao bócio e outros distúrbios decorrentes da deficiência de iodo, pode-se considerar que representam, igualmente, grave problema, inclusive pelo risco de associação com o cretinismo e a surdo-mudez irreversíveis, constituindo o principal fator de idiotia evitável no mundo. No inquérito nacional realizado em 1994-95, realizado pelo

então Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, foi pesquisada a prevalência do bócio entre escolares de seis a 14 anos de idade. Observa-se que o problema do bócio é bastante localizado no País, concentrando-se nos estados de Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rondônia, Amazonas e Acre.

Nesse estudo, foi também analisada a concentração de iodo na urina, o marcador bioquímico mais recomendado atualmente, tendo em conta os problemas de validade e precisão da medição do bócio por palpação. Segundo esse indicador bioquímico, apenas o estado de Tocantins apresenta, globalmente, deficiência de iodo, embora, em 35 dos municípios estudados, 10% ou mais dos escolares apresentaram valores muito baixos para excreção urinária. Esses municípios concentravam-se nos estados de Tocantins, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

Outra ocorrência extremamente importante no cenário da alimentação e nutrição no Brasil é a manutenção de índices ainda insatisfatórios de aleitamento materno exclusivo, apesar dos relevantes progressos observados nas últimas décadas.

Uma análise da Fundação Oswaldo Cruz relacionando a prática da amamentação com economia familiar refere que, se todas as crianças nascidas em 1995 tivessem sido amamentadas exclusivamente ao peito, até aos seis meses de vida, teriam sido poupados 423,8 milhões de litros de leite, que representam um custo superior a 200 milhões de dólares. Se as práticas de aleitamento materno seguissem as recomendações, além dos ganhos incalculáveis para a saúde, nutrição e bem-estar das crianças, a despesa das famílias com crianças em idade de amamentação seria, sem dúvida, bastante reduzida .

Convivendo com o quadro carencial apresentado, observa-se no Brasil, por outro lado, a evolução epidêmica da obesidade, das dislipidemias e suas relações com as doenças cardiovasculares. Trata-se, nos termos em que hoje se apresenta, de uma situação epidemiológica nunca antes experimentada.

Segundo relatório conjunto do Banco Interamericano de Desenvolvimento e da Organização Mundial da Saúde, de 1996, o incremento da obesidade e das enfermidades crônicas associadas à alimentação, particularmente nos grupos de baixo nível socioeconômico, tem alcançado proporções da ordem de 50% entre os adultos.

A obesidade na população brasileira está se tornando bem mais freqüente do que a própria desnutrição infantil, sinalizando um processo de transição epidemiológica que deve ser devidamente valorizado no plano da saúde coletiva. As doenças cardiovasculares, que representam a principal causa de morte e de incapacidade na vida adulta e na velhice e são responsáveis, no Brasil, por 34% de todas as causas de óbito, estão relacionadas, em grande parte, com a obesidade e com práticas alimentares e estilos de vida inadequados.

Cabe registrar que a avaliação antropométrica dos brasileiros adultos, pelo Índice de Massa Corporal, decorrente da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN –, realizada em 1989 e divulgada em 1990, indicou que cerca de 24,6% apresentavam sobrepeso e 8,3% eram obesos. O problema começa a ser evidenciado também em crianças e adolescentes. Ainda em 1990, os resultados do Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes Melito, promovido pelo Ministério da Saúde, mostraram a ocorrência de 7,6% de casos na faixa de 30 a 69 anos, resultados compatíveis com os encontrados em Pernambuco (1998). Estima-se que existam 5 milhões de diabéticos no País, 50% dos quais desconhecem a sua situação.

Acresce-se a esses problemas os hábitos alimentares inapropriados, que constituem, igualmente, um grande desafio. Nas diferentes regiões do Brasil, a cultura popular ainda preserva tradições e práticas alimentares errôneas sobre o valor nutritivo, propriedades terapêuticas, indicações ou interdições de alimentos ou de suas combinações. Ressalte-se, de outra parte, a multiplicação do comércio de *fast food* e o crescente uso de alimentos pré-cozidos ou de cozimento rápido, em que as técnicas modernas de produção são fundamentais para a garantia da qualidade nutricional.

Influenciando ainda nos hábitos alimentares, cabe registrar o expressivo volume de refeições diárias oferecidas a diferentes segmentos populacionais, sendo exemplos: 36 milhões, na merenda escolar; 300 mil, nas Forças Armadas, e 10 milhões de trabalhadores atendidos pelo Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT).

Assim, o atendimento adequado dos vários núcleos populacionais específicos em suas necessidades nutricionais é um outro grande desafio. O alto índice de urbanização e concentração humana nas grandes metrópoles brasileiras requer que o setor produtivo se organize para responder em volume, qualidade e preço, por meio da utilização de técnicas apropriadas de produção, industrialização, conservação e distribuição dos alimentos.

No tocante, ainda, à questão da industrialização de alimentos, que envolve diretamente a complexa ação de vigilância sanitária, é importante levar em conta a quantidade de produtos e empresas existentes. No Brasil, conta-se atualmente com cerca de 100 mil produtos alimentícios e 20 mil empresas cadastradas.

Outra vertente a considerar é o fluxo crescente de alimentos importados, que requer maior ação da vigilância sanitária. Ademais, outros fatores relevantes estão vinculados à segurança e à qualidade dos produtos, cabendo destacar:

- o avanço científico e tecnológico em relação à avaliação do valor nutritivo dos alimentos;
- os efeitos das técnicas de industrialização, conservação, enriquecimento e tratamento culinário;
- as necessidades nutricionais do homem, sob diferentes condições fisiológicas e patológicas, transição demográfica e conseqüências nutricionais dos estilos de vida; e
- a implementação e fiscalização do cumprimento da legislação pertinente.

Uma outra análise importante no contexto da alimentação e nutrição diz respeito às diferenciações regionais. O Relatório do Desenvolvimento Humano de 1997 destaca a redução da pobreza no País, com extensão e padrões que variam internamente, porque o Índice de Pobreza Humana – IPH – difere de maneira expressiva de uma região para outra.

O IPH encontrado no Nordeste foi de 46%; já no Sul e no Sudeste, ficou situado em 17% e 14%, respectivamente. Assinalam ainda os estudos que essas disparidades têm se ampliado ao longo das duas últimas décadas, haja vista que a prevalência de pobreza humana decresceu 2/3 no Sul e, apenas, 1/3 no Nordeste (PNUD, 1997). Enquanto na população urbana do Nordeste 13% de crianças apresentam déficit de estatura, na zona rural, a freqüência é de 25,2%, em contraste com 4,6% no Centro-Sul urbano do País.

Nas áreas urbanas da região Norte, analisando-se tendências passadas e recentes, verifica-se que o declínio da prevalência é menor do que a observada no resto

do País. Em 1996, os maiores índices de deficit de crescimento na população urbana passaram a ser encontrados no Norte e não mais no Nordeste.

Constata-se, assim, que é bastante complexa a situação da alimentação e nutrição no Brasil, País com características epidemiológicas e regionais bastante heterogêneas, no qual coexistem problemas típicos de sociedades subdesenvolvidas e de países desenvolvidos.

2. PROPÓSITO

A presente Política Nacional de Alimentação e Nutrição integra a Política Nacional de Saúde, inserindo-se, ao mesmo tempo, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional.

Dessa forma dimensionada – e compondo, portanto, o conjunto das políticas de governo voltadas à concretização do direito humano universal à alimentação e nutrição adequadas – esta Política tem como propósito **a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos.**

Para assegurar os direitos humanos no âmbito da alimentação e nutrição, a definição desta Política setorial compreendeu a revisão de conceitos, levando em conta a diversidade e a necessidade de tratamento diferenciado e tendo por base a análise da situação alimentar e nutricional da população. Essa revisão implicará, por via de consequência, o redimensionamento das práticas, mediante a formulação ou readequação dos planos, programas, projetos ou atividades que operacionalizarão as diretrizes fixadas nesta Política Nacional.

3. DIRETRIZES

Para o alcance do propósito desta Política Nacional de Alimentação e Nutrição, são definidas como diretrizes:

- estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;
- garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto;
- monitoramento da situação alimentar e nutricional;
- promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
- prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição;
- promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e
- desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

3.1. Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos

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.

Tal ação intersetorial consistirá, portanto, em ampla negociação e tem em conta que os principais determinantes da alimentação e nutrição saudáveis não são do domínio direto do setor Saúde, como por exemplos: o acesso ao trabalho, ao emprego e à renda; a produção, o armazenamento e a distribuição de produtos agrícolas; o crédito agrícola e o estímulo ao pequeno produtor; os estoques de alimentos; o abastecimento e a suplementação alimentar de diferentes segmentos populacionais e sociais, entre os quais os programas desenvolvidos de forma articulada com a produção de alimentos locais e regionais.

3.2. Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto

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.

Tal questão é particularmente importante em face, principalmente, das constantes reciclagens nas tecnologias de produção, processamento industrial, conservação, embalagens e outros aspectos que compõem o perfil da oferta e do

consumo alimentar da população, inclusive as tecnologias de controle dos perigos que percorrem toda a cadeia alimentar.

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 cidadãos a mecanismos destinados a garantir este direito.

No âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, deverá ser fortalecido o componente relativo a alimentos e serviços de alimentação, mediante a revisão e ou adequação das normas técnicas e operacionais, enfatizando aquelas relacionadas à prevenção de agravos à saúde. Nesse sentido, será buscada a modernização dos instrumentos de fiscalização, com a adoção de medidas de controle e segurança na produção e na prestação de serviços na área de alimentos, levando em conta, em especial, a análise dos perigos e o controle de pontos críticos, visando a prevenção de doenças transmitidas por alimentos e perdas econômicas por deterioração.

Para tanto, o setor público deverá proporcionar, nos três níveis de gestão do SUS, infra-estrutura adequada – nesta incluída os diferentes recursos – para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária. Ao lado disso, atualizará normas de racionalização, coordenação e controle dos processos de vigilância sanitária, de modo a possibilitar uma atuação ágil e consistente em todos os segmentos da cadeia alimentar, desde a produção, rotulagem – incluindo a rotulagem nutricional, embalagem e reembalagem, armazenagem, transporte, comercialização, até o consumo.

Será promovida, igualmente, a atualização da legislação sanitária nacional sobre alimentos, considerando os avanços da biotecnologia – processos de transgenicidade e outros –, bem como a compatibilização de critérios e procedimentos da vigilância, consoante aos instrumentos legais que regem os acordos internacionais. Em relação ao MERCOSUL, deverão ser realizados, inclusive, os ajustes requeridos pelo intercâmbio de alimentos *in natura* ou industrializados entre o Brasil e os demais países que o integram.

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.

No tocante à descentralização, deverá ser concedida prioridade às ações de vigilância sanitária dos alimentos – particularmente daqueles de interesse coletivo, utilizados como veículos de micronutrientes, de que é exemplo o sal –, sobretudo por meio de incentivos financeiros específicos.

3.3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional

Para o monitoramento da situação alimentar e nutricional, será ampliado e aperfeiçoado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN –, de modo a agilizar os seus procedimentos e a estender sua cobertura a todo o País. A consolidação desse Sistema deverá ser feita, especialmente, com o apoio de centros colaboradores

em alimentação e nutrição e de núcleos de trabalho existentes na quase totalidade dos estados e em centenas de municípios brasileiros.

A atuação do SISVAN compreenderá a descrição contínua e a predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população, bem como de seus fatores determinantes.

O diagnóstico descritivo e analítico dos problemas e dos principais fatores determinantes deverá caracterizar áreas geográficas, segmentos sociais e grupos biológicos de maior risco. A análise dessas informações irá favorecer o estabelecimento de tendências evolutivas espontâneas ou condicionadas por intervenções gerais e específicas.

Uma das medidas prioritárias a serem implementadas estará representada pela instalação de sítios sentinelas que possam testemunhar o comportamento epidemiológico dos problemas e sua vinculação com marcadores de risco. A organização desses sítios deverá ocorrer, principalmente, em áreas e junto a populações de elevado risco, devendo estar relacionados, sobretudo, a eventos de difícil mensuração, tais como hipovitaminose A e deficiência de iodo.

No monitoramento da situação alimentar e nutricional, o SISVAN deverá concentrar sua atenção na gestante e no crescimento e desenvolvimento das crianças, servindo de eixo para todo trabalho empreendido na rede de serviços, de forma especial na atenção básica de saúde, inclusive considerando o compromisso de sua universalização.

Buscar-se-á, também no âmbito da rede de serviços, incorporar às rotinas de atendimento o monitoramento do estado nutricional de cada usuário, visando a detecção da situação de risco e a prescrição de ações que possibilitem a prevenção de seus efeitos e a garantia da reversão ao quadro de normalidade.

Uma outra prioridade será o mapeamento das endemias carenciais, de modo a evidenciar a sua distribuição espacial e a indicar a magnitude da ocorrência da desnutrição energético-protéica, da anemia, da hipovitaminose A e da deficiência de iodo.

No tocante ao acompanhamento da situação das doenças crônicas não-transmissíveis, relacionadas com a alimentação e estilos de vida considerados inadequados, o trabalho deverá ser compatibilizado com os sistemas em funcionamento, em termos da coleta, da geração, do fluxo, do processamento e da análise dos dados, de que são exemplos: o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN), no qual será incluído o registro de formas graves de desnutrição, e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIAB).

De forma mais específica, os sistemas de informação enfocarão aspectos ligados às práticas de aleitamento materno e aos fatores de interferência positiva ou negativa, bem como à avaliação periódica do estado de nutrição de alunos das escolas públicas. Configurarão, ainda, pontos fundamentais desta diretriz o monitoramento da produção de alimentos e a análise crítica da evolução qualitativa e quantitativa de sua oferta e de seu consumo.

Além disso, deverão ser enfatizadas a coleta e a análise de dados macroeconômicos e sociais indicativos da situação alimentar e, por conseguinte, de riscos difusos ou localizados de insegurança. Eventos mobilizadores de grandes contingentes de população, como os “dias nacionais de vacinação”, devem ser

aproveitados como oportunidades para a realização de estudos sobre alimentação e nutrição.

Com essa conformação, o SISVAN será o suporte para o desenho e o ajuste de programas, a atualização contínua e a análise sistemática de informações concernentes à situação alimentar e nutricional do País, produzindo, assim, o desejado *feed-back* entre informação, ação e avaliação de resultados.

Nesse sentido, deverá produzir um elenco básico de indicadores capazes de sinalizar os eventos de maior interesse, tais como: disponibilidade de alimentos, aspectos qualitativos e quantitativos da dieta consumida, práticas de amamentação e perfil da dieta complementar pós-desmame, distribuição do peso ao nascer, prevalência da desnutrição energético-protéica, de anemias, do sobrepeso, das deficiências de iodo e de vitamina A e das demais carências de micronutrientes relacionadas às enfermidades crônicas não-transmissíveis.

3.4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis

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. Além das iniciativas inerentes a cada medida específica que vier a ser adotada, atenção especial deverá ser dada ao desenvolvimento de processo educativo permanente acerca das questões atinentes à alimentação e à nutrição, bem como à promoção de campanhas de comunicação social sistemáticas. Para isso, deverá ser buscado o engajamento das entidades técnico-científicas, dos estabelecimentos de ensino, dos veículos de comunicação, de entidades da sociedade civil e do setor produtivo.

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.

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.

A educação alimentar e nutricional contém elementos complexos e até conflituosos. Dessa forma, deverão ser buscados consensos sobre conteúdos, métodos e técnicas do processo educativo, considerando os diferentes espaços geográficos, econômicos e culturais. A promoção de práticas alimentares contemplará, também, iniciativas específicas dirigidas ao aleitamento materno, tendo prioridade, neste contexto, as mulheres em idade fértil.

A revisão de métodos e estratégias de atuação, sobretudo no âmbito do setor Saúde, constituirá medida básica e inicial para a efetivação da prioridade conferida

ao incentivo ao aleitamento materno. Nesse trabalho, será buscada, igualmente, a articulação com os diferentes segmentos sociais, em especial aqueles com maior capacidade de influenciar as práticas do aleitamento, tais como: entidades representativas de diversas categorias profissionais em saúde; entidades representativas da indústria da alimentação e nutrição; de comunicadores sociais e de educação; de lideranças comunitárias; de defesa do consumidor; de extensionistas; e de organizações da sociedade civil de um modo geral.

Importante, também, será a adoção de medidas voltadas ao disciplinamento da publicidade de produtos alimentícios infantis, sobretudo em parceria com as entidades representativas da área de propaganda, com as empresas de comunicação, com entidades da sociedade civil e do setor produtivo.

Ao lado disso, a partir de critérios previamente estabelecidos, serão apoiados programas institucionais, a exemplo do “Hospital Amigo da Criança” e dos bancos de leite humano, bem como movimentos voltados ao estímulo à amamentação, de iniciativa de organizações não-governamentais.

Os bancos de leite receberão uma atenção particular, para que as suas atividades sejam fortalecidas e incorporadas efetivamente na rotina dos serviços de saúde. Esses bancos deverão ser disseminados para todo o País.

Especificamente em relação ao reconhecimento de serviços na categoria “Hospital Amigo da Criança”, deverá ser procedida a sua reavaliação contínua, bem como realizada a revisão dos critérios de avaliação para credenciamento, especialmente com vistas à reformulação de rotinas hospitalares que facilitem a prática do aleitamento materno.

No tocante à legislação, serão reforçados, divulgados e ampliados aqueles dispositivos que assegurem às mães condições básicas para amamentarem os seus filhos, tais como horários e locais de trabalho compatíveis com a prática do aleitamento. Uma referência essencial na incorporação de todas essas medidas são os diversos códigos, regulamentos e normas, nacionais e internacionais, relativos à industrialização, à comercialização e à propaganda de alimentos processados para uso infantil.

Constituirá, também, medida relevante o acompanhamento do processo de industrialização e comercialização de produtos farmacêuticos e ou dietéticos, apresentados como soluções terapêuticas ou profiláticas de problemas nutricionais, de que são exemplos importantes: o controle do peso, da fadiga, do processo de envelhecimento, bem como a prevenção e o tratamento eficaz de doenças de difícil manejo, além de outras indicações discutíveis ou francamente injustificadas.

Ao lado disso, serão implementadas iniciativas que possibilitem o acompanhamento e o monitoramento de práticas de *marketing* sob os critérios e interesses de uma vida efetivamente saudável. Nesse particular, serão objeto de atenção as questões relacionadas ao sobrepeso e suas implicações.

Deverá ser consolidado o conteúdo técnico das medidas em desenvolvimento, o qual servirá de base para a elaboração de materiais informativo e instrucional destinado, especialmente, a apoiar a capacitação de profissionais da rede básica de saúde em orientação alimentar.

3.5. 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 morbimortalidade, 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.

Assim, no binômio desnutrição/infecção, serão enfatizadas as ações dirigidas à prevenção e ao manejo adequado das doenças infecciosas. A distribuição de alimentos e a educação alimentar constituirão ferramentas indispensáveis, que serão trabalhadas em conjunto com a prevenção e o controle das diarreias, das infecções respiratórias agudas e das doenças imunopreveníveis, medidas essenciais para evitar a desnutrição ou o seu agravamento. A ação do Estado, nessas situações, deverá ser sempre associada a medidas que visem prover as condições para que indivíduos, famílias e comunidades recuperem, dentro do maior espaço de tempo, a capacidade de produzir ou adquirir sua própria alimentação.

A vigilância do crescimento e do desenvolvimento será adotada como eixo de apoio a todas as atividades de assistência à saúde da criança. Deverão receber atenção especial as crianças nascidas com baixo peso, em face do elevado grau de vulnerabilidade à desnutrição e às doenças infecciosas.

Para o enfrentamento dos problemas atinentes ao baixo peso ao nascer e à DEP em crianças, deverá ser concedida prioridade à normalização de medidas relacionadas aos fatores de risco e ao seguimento de casos que se enquadram nestas condições nas diferentes instâncias e circunstâncias do atendimento.

As crianças em risco de desnutrição, compreendidas na faixa etária dos seis aos 23 meses de idade, levando-se em consideração a realidade epidemiológica da região, serão atendidas mediante a assistência alimentar, o controle de doenças coexistentes e a vigilância dos irmãos ou contatos, incluindo as gestantes e as nutrizes em risco nutricional, com ênfase nos bolsões de pobreza. O monitoramento do estado nutricional, fundamental para a prevenção e o controle da DEP, será incorporado às rotinas da assistência em geral, de forma a cobrir toda a faixa etária de risco e possibilitando a identificação e o desenvolvimento de ações voltadas à:

- redução da freqüência da desnutrição moderada e grave em crianças;
- diminuição da ocorrência de anemia e desnutrição em gestantes;

- redução da incidência do baixo peso ao nascer e o acompanhamento dos casos enquadrados nesta condição.

Na adoção de cuidados especiais às crianças dos seis aos 23 primeiros meses de vida, valer-se-á, como referência, de experiências desenvolvidas no País e que vêm obtendo resultados importantes. Nesse particular, serão assegurados apoio alimentar, cuidados nutricionais específicos e atenção básica de saúde a todas as crianças nessa faixa etária que estejam situadas abaixo do percentil 10 da relação peso/idade, com ênfase nos casos abaixo do percentil 3, mediante o desenvolvimento de ações de reabilitação nutricional. Deverá ser considerada, também, a evolução do peso da criança e não somente a localização pontual no Cartão da criança.

Em relação às carências de micronutrientes, e especificamente no controle da deficiência de ferro, serão adotadas como medidas essenciais o enriquecimento alimentar, a orientação educativa e, sobretudo, o uso de ferro medicamentoso.

Para a redução da anemia por carência de ferro no País, serão implementadas ações de fortificação de parte da produção brasileira das farinhas de trigo e de milho, alimentos de largo consumo popular e de baixo custo. Com isso, buscar-se-á reduzir a anemia ferropriva em pré-escolares em até um terço, até o ano 2.003, tendo em vista protocolo, neste sentido, já firmado entre o Governo brasileiro e o setor produtivo.

No combate à hipovitaminose A, nas áreas reconhecidas como de risco, além da aplicação periódica e emergencial de megadoses de retinol, deverá ser promovido o estímulo à produção e ao consumo de fontes alimentares ricas nesta vitamina ou seus precursores e, quando necessário, o enriquecimento/fortificação de alguns alimentos.

Nas áreas de risco de hipovitaminose A, ao lado de outros cuidados compreendidos no elenco das ações que integram a atenção básica à saúde, serão sistematizadas medidas periódicas de administração de doses massivas deste nutriente a todas as crianças menores de cinco anos. O enriquecimento do leite e das massas alimentares com vitamina A, ferro ou, eventualmente, com outros nutrientes, também deverá ser promovido.

Além disso, levando em conta a importância epidemiológica da deficiência desses nutrientes no País, promover-se-á a complementação das tabelas de composição químico-nutricional dos principais alimentos consumidos no Brasil, valorizando o conteúdo e a biodisponibilidade de ferro e de precursores da vitamina A.

Já o enfrentamento dos distúrbios produzidos pela deficiência primária de iodo será feito mediante a iodação do sal de consumo doméstico e de consumo animal, assegurando-se as condições legais, administrativas e operacionais para a aplicação sistemática desta medida.

No combate à deficiência de iodo, deverá ser garantido que todo o sal de consumo humano e animal seja enriquecido com o iodato de potássio, para o que serão sistematizadas e implementadas medidas contínuas de controle, quer no próprio processo de adição do iodo, junto às indústrias, quer mediante ações de fiscalização, a partir da colocação do produto, no mercado, para consumo.

Para tanto, será implementada a parceria entre os setores governamental e o industrial, consubstanciada no compromisso da adição do iodo ao sal destinado ao consumo humano, independentemente da forma de seu fornecimento.

Por outro lado, o estímulo ao aleitamento materno terá importância estratégica, quer na prevenção da desnutrição energético-protéica, da anemia e da deficiência de vitamina A, nos primeiros meses de vida, quer na redução da incidência, duração e gravidade das diarreias e das infecções respiratórias agudas.

Deverão ser consolidados, pelas três esferas de gestão, os esforços destinados a ampliar a duração do aleitamento materno, de modo que a prática da amamentação exclusiva se estenda até aos seis meses de idade e o aleitamento, combinado com a introdução de alimentos adequados, se prolongue até o segundo ano de vida.

Esses esforços, em sua maioria de caráter intersetorial, deverão assegurar condições básicas que permitam às mães amamentar seus filhos. Nesse particular, será conferida ênfase à recuperação e consolidação da cultura da amamentação, por meio da adoção de medidas específicas, tais como a suplementação alimentar às nutrízes, o “Hospital Amigo da Criança”, implementação de bancos de leite humano, divulgação e fiscalização da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, respaldadas por uma ação educativa intensiva, adequada e permanente.

Um dos mecanismos para garantir a execução dessas atividades será a transferência de recursos federais específicos para o controle das carências e outros distúrbios nutricionais. Os municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional Básica de 1996 – Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal – poderão, atendidos os critérios fixados, se credenciar para receber um incentivo financeiro agregado ao Piso da Atenção Básica (o PAB). Os recursos serão transferidos, de forma regular e automática, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

É importante assinalar que, na conformidade da portaria que trata do incentivo financeiro destinado ao custeio das medidas relativas à alimentação e nutrição, estão definidas todas as ações a serem empreendidas, entre as quais aquelas inerentes ao controle da desnutrição de grupos de risco.

3.6. Promoção de linhas de investigação

A implementação de todas as diretrizes desta Política Nacional de Alimentação e Nutrição contará com o suporte de linhas de investigação, desenvolvidas de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Humana – CONEP/MS –, que esclareçam aspectos particulares e até gerais de alguns problemas, avaliem a contribuição dos fatores causais envolvidos e indiquem as medidas mais apropriadas para seu controle.

Nesse sentido, as linhas de pesquisas a serem estabelecidas e apoiadas deverão permitir o domínio do cenário de situações e dos fatores que interessam para a definição e a execução de ações de nutrição.

Entre as linhas de interesse, caberá destaque o problema da desnutrição energético-protéica – DEP – que, apesar de bem descrito e analisado, em termos geográficos e sociais, requer estudos adicionais para sua atualização. No contexto da deficiência de micronutrientes, deverá merecer atenção especial o aprofundamento do conhecimento, ainda muito limitado, sobre a epidemiologia das anemias e da hipovitaminose A.

De outro lado, os estudos ainda preliminares sobre a relação entre

enfermidades crônicas não-transmissíveis e perfil da dieta deverão ser, da mesma forma, ampliados, e disseminadas as suas conclusões. Já a relação entre consumo alimentar e valor da dieta deverá ser objeto de estudos que permitam ampliar a análise da situação, uma vez que os dados disponíveis referem-se apenas a algumas áreas metropolitanas. Deverão ser promovidos, igualmente, estudos relativos ao custo-benefício e ao custo-eficácia de programas e ações decorrentes desta Política, bem como estudos epidemiológicos destinados a mapear as carências nutricionais prevalentes no País.

Os estudos e investigações deverão possibilitar a elaboração de tabelas nacionais sobre composição e valor nutritivo dos alimentos e das principais preparações culinárias, particularizando-se o interesse pelos aspectos de biodisponibilidade de ferro e de vitamina A.

Uma outra linha de interesse será o estudo da composição alimentar e conteúdo nutricional das refeições oferecidas em grandes quantidades, como as servidas nas Forças Armadas, na merenda escolar e na alimentação do trabalhador pelo Programa de Alimentação do Trabalhador e pelos Serviços Sociais do Comércio e da Indústria, com vistas à promoção de práticas e hábitos alimentares saudáveis.

Será, também, objeto de ênfase o estabelecimento de padrões alimentares regionalizados para todas as faixas etárias, segundo hábitos locais prevalentes, inclusive no período de transição alimentar do aleitamento, destacando-se, nesse particular, a implementação de projetos já iniciados.

Nesses estudos, deverão ser investigados, entre outros, fatores de proteção ao aleitamento materno, bem como as propostas e iniciativas sobre parâmetros e normas recomendadas para a alimentação de transição ao aleitamento.

Serão desenvolvidos, ainda, pesquisas de natureza antropológica e etnográfica sobre hábitos e práticas alimentares, visando, especificamente, o resgate de diferentes culturas relacionadas ao consumo de alimentos tradicionalmente valorizados.

Além desses estudos, promover-se-á a atualização da cartografia dos problemas alimentares e nutricionais do País; a análise dos fatores de risco das endemias nutricionais de importância epidemiológica; e a formulação de proposição, avaliação e validação de modelos de intervenção, considerando os aspectos referentes à eficácia, à efetividade e à relação custo/benefício.

3.7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos

O desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos constituem diretriz que passará todas as demais definidas nesta Política, configurando mecanismo privilegiado de articulação intersetorial, de forma que o setor saúde possa dispor de pessoal em qualidade e quantidade, e cujo provimento, adequado e oportuno, é de responsabilidade das três esferas de governo.

Esse componente deverá merecer atenção especial, sobretudo no tocante ao que define a Lei N.º 8.080/90, em seu Art. 14 e parágrafo único, nos quais está estabelecido que a formação e a educação continuada contemplarão ação intersetorial articulada. A lei estabelece, como mecanismo fundamental, a criação de comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de "propor prioridades, métodos e estratégias".

O trabalho conjunto com o Ministério da Educação, especificamente,

deverá ser viabilizado tendo em vista a indispensável adequação dos cursos de formação na área da saúde, abordando todos os aspectos inerentes às diretrizes aqui fixadas, com especial atenção à incorporação de conteúdos relevantes à realização dos direitos humanos como um dos eixos centrais desta Política.

No âmbito da execução de ações, de forma mais específica, a capacitação buscará preparar os recursos humanos para a operacionalização de um elenco básico de atividades, na perspectiva de promoção dos direitos humanos, que incluirá: a avaliação de casos; a eleição de beneficiários e seu devido acompanhamento nos serviços locais de saúde; e a prevenção e o manejo adequado de doenças que interferem no estado de nutrição ou, sob outros aspectos, de condições alimentares e nutricionais que atuam como fatores relevantes de risco no desenvolvimento de doenças, particularmente as de natureza crônica não-transmissível.

A capacitação de pessoal para o planejamento, coordenação e avaliação de ações deverá constituir as bases para o desenvolvimento do processo contínuo de articulação com os demais setores, cujas ações estão diretamente relacionadas com a alimentação e a nutrição no âmbito do setor Saúde.

Essa capacitação será promovida levando em conta as questões inerentes à garantia do direito humano à alimentação e nutrição adequadas. Deverá, igualmente, capacitar os profissionais para prestar a devida cooperação técnica demandada pelas demais esferas de gestão, no sentido de uniformizar conceitos e procedimentos que se tornarão indispensáveis para a efetivação desta Política Nacional de Alimentação e Nutrição, bem como para o seu processo contínuo de avaliação e acompanhamento.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Em observância aos princípios do SUS, os gestores, de forma articulada e dando cumprimento às suas atribuições comuns e específicas, atuarão no sentido de viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que é **a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais.**

Outrossim, considerando as características peculiares de intersectorialidade e de vinculação desta Política à Política de Segurança Alimentar e Nutricional, estão explicitadas, na seqüência, responsabilidades de natureza intra e intersectorial.

4.1. Articulação intra e intersectorial

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.

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. A seguir, são identificados instituições e setores federais prioritários, bem como as principais medidas preconizadas.

A. Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição do Conselho Nacional de Saúde

O funcionamento dessa Comissão reveste-se da maior importância para a consolidação desta Política, além de concretizar o estabelecido na Lei N.º 8.080/90, já mencionada, e que se refere à articulação de políticas e programas no âmbito da alimentação e nutrição, cuja elaboração e execução estão fora do Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, será importante a redefinição da composição Comissão Intersectorial, de modo que possa contar com representantes dos gestores do SUS e dos setores envolvidos com a Segurança Alimentar e Nutricional, para que as decisões decorrentes das resoluções do Conselho Nacional de Saúde, respaldadas na apreciação desta Comissão, estejam baseadas na realidade e tenham como suporte os agentes e instituições responsáveis por sua implementação.

A Comissão Intersectorial deverá promover, junto ao Conselho Nacional de Saúde, a criação de Comissões semelhantes nos âmbitos estadual e municipal.

B. Comunidade Solidária

A articulação com a Comunidade Solidária estará voltada para o aproveitamento de sua capacidade de mobilização dos diferentes setores e, portanto, do seu papel catalisador, facilitando, assim, a viabilização de medidas estratégicas, tais como: a integração de programas de alimentação e nutrição com outras ações sociais; a divulgação de informações referentes a esta Política Nacional; a promoção do diálogo entre os principais atores governamentais e não-governamentais envolvidos com a área de alimentação e nutrição.

C. Ministério da Agricultura e do Abastecimento

A parceria com esse Ministério terá por finalidade:

- a identificação de estratégias e programas agrícolas que tenham objetivos e metas nutricionais específicos, e a avaliação da capacidade destes para a melhoria da nutrição, tendo como referência o modelo agroecológico;
- a uniformização de procedimentos de vigilância, nos diferentes níveis governamentais, de modo a estabelecer-se a sintonia operacional e o intercâmbio de informações entre a vigilância sanitária dos alimentos, por parte do SUS, e as ações pertinentes executadas por esse Ministério;
- a análise de níveis e padrões da produção local e da produção caseira de alimentos, e as práticas de armazenamento e conservação;
- a avaliação da eficiência da extensão agrícola (assistência técnica e creditícia), a capacidade e disposição estacional de alimentos, a comercialização e as conexões entre o mercado rural e urbano;
- a avaliação do impacto do programa de agricultura familiar, na oferta de alimentos, as dificuldades na transição da agricultura tradicional para a moderna e as conseqüências no que respeita ao aumento das disparidades regionais;
- a utilização dos sistemas estaduais de extensão rural, conectados à prestação de assistência técnica a pequenos agricultores com vistas, prioritariamente, à auto-suficiência alimentar.

D. Ministério do Orçamento e da Gestão

No conjunto de medidas decorrentes da parceria com esse Ministério, destacam-se aquelas inerentes à alocação de recursos orçamentários; à definição de prioridades; e ao acompanhamento do impacto da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

E. Gabinete do Ministro Extraordinário de Política Fundiária

Com esse Gabinete, a articulação pretendida deverá possibilitar a mobilização de agricultores vocacionados, em primeira instância, para a questão do auto-abastecimento, destacando objetivos básicos de alimentação e nutrição não só pelo perfil dominante dos sistemas de produção nos assentamentos agrários, como pela vulnerabilidade biológica e social que os beneficiários destes projetos apresentam aos problemas nutricionais. Dessa maneira, essa mobilização buscará, prioritariamente, promover a alimentação e nutrição dos assentados, mediante:

- o desencadeamento de um processo que resguarde os pequenos produtores e os insira no processo de mercados globalizados;

- o desenvolvimento da capacidade cognitiva para decodificar e adotar novas tecnologias, por meio da adequada educação dos trabalhadores rurais e pequenos agricultores;
- a avaliação do investimento em pesquisa agrícola direcionada à modernização da pequena agricultura, em termos de incorporação de tecnologia mecânica, químico-biológica – tendo como referência o modelo agroecológico – e organizacional (comercialização e agroindustrialização).

F. Ministério das Relações Exteriores

Tendo em conta o acordo formal dos Ministérios da Saúde do Brasil, da Argentina, do Uruguai e do Paraguai, no âmbito do MERCOSUL, o processo de articulação deverá envolver o estabelecimento de compromisso em torno de uma ação conjunta de combate às carências de micronutrientes.

Essa medida implica interferências diretas no setor de produção e transformação de alimentos, especialmente no que se refere aos critérios e normas de enriquecimento de produtos industrializados e de amplo consumo popular.

G. Ministério do Trabalho e Emprego

A articulação com o Ministério do Trabalho deverá buscar:

- a avaliação da possibilidade de mensuração dos objetivos atinentes à melhoria das condições nutricionais dos trabalhadores e sua relação com a redução dos acidentes de trabalho;
- o acompanhamento e a orientação dos agentes envolvidos no Programa de Alimentação do Trabalhador (empresas beneficiárias, trabalhadores e empresas fornecedoras e ou prestadoras de serviços de alimentação);
- a ampliação da política de alimentação do trabalhador, visando a expansão do benefício para as regiões mais carentes e para a população trabalhadora de mais baixa renda; e
- a identificação das repercussões do PAT sobre a atividade econômica, por parte dos vários agentes intervenientes (fornecedores de alimentação coletiva, distribuidores de cestas de alimentos, restaurantes etc.), a geração de emprego e renda e o crescimento da demanda de produtos agropecuários.

H. Ministério da Educação

Com esse Ministério, o trabalho de articulação promovido pelo Ministério da Saúde estará centrado:

- na promoção de práticas alimentares e nutricionais saudáveis junto aos escolares e seus familiares;
- na reorientação da formação de profissionais de saúde, tendo em conta as diretrizes fixadas nesta Política;
- na avaliação da qualidade da merenda escolar e de seu impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do aluno, a capacidade de aprendizagem e o rendimento escolar;

- na avaliação da influência das transformações de atitudes e potencial de extensão à família e à comunidade, em termos da incorporação de novos e melhores hábitos alimentares;
- na análise da introdução de conteúdos educativos de saúde, alimentação e nutrição, nos currículos do ensino fundamental, e a preparação de material educativo com esta finalidade, inclusive para as atividades da educação a distância;
- na capacitação do professor e na reorientação de sua formação para a prática do ensino de temas de saúde e nutrição, bem como para identificar problemas nutricionais;
- na introdução de temas de saúde, alimentação e nutrição, entre eles o aleitamento materno, nos currículos escolares;
- na avaliação e fortalecimento dos vínculos com as universidades e outros centros de ensino e pesquisa, para utilização da capacidade analítica e de desenho de estratégias, bem como para o apoio à capacitação e treinamento de profissionais e agentes comunitários.

I. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio e Ministério da Ciência e Tecnologia

A atuação do Ministério da Saúde, junto a esses dois Ministérios, no tocante a esta Política Nacional de Alimentação e Nutrição, deverá focalizar:

- a análise das medidas de salvaguarda do Governo em relação às importações de alimentos, para assegurar a qualidade e inocuidade dos produtos ofertados;
- a análise das ofertas tecnológicas capazes de elevar a produtividade e rentabilidade das culturas alimentícias, privilegiando as de manejo agroecológico;
- a avaliação de tecnologias de fortificação de alimentos com iodo, ferro e vitamina A;
- a ampliação do incentivo para pesquisas a partir das prioridades apontadas nesta Política.

J. Ministério da Justiça

A articulação com o Ministério da Justiça buscará a realização da alimentação como um direito humano universal, incluindo o desencadeamento de medidas de defesa do consumidor, inclusive mobilizando outros órgãos e segmentos sociais envolvidos com a questão.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal – Ministério da Saúde

- Preparar e fornecer informações, análises e propostas que subsidiem a elaboração e o monitoramento da efetividade de políticas extra-setoriais que garantam o respeito, a proteção, a facilitação e a concretização do direito humano à alimentação e nutrição adequadas, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional.
- Implementar e avaliar a operacionalização das diretrizes e prioridades desta Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

- Estabelecer normas e prestar cooperação técnica aos estados e municípios, voltadas à implementação desta Política, sistematizando, inclusive, medidas de prevenção e manejo de problemas de nutrição em escala individual, familiar e comunitária, contando com o apoio técnico-científico dos Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição.
- Participar do financiamento das ações decorrentes desta Política, destinando recursos, sob a forma de incentivos, procedimentos específicos e outros mecanismos disponíveis para a prestação de serviços e a aquisição, por parte dos outros gestores do SUS, de alimentos e outros insumos definidos.
- Promover mecanismos de consolidação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – o SISVAN –, inclusive ampliando a sua abrangência em termos técnicos e geográficos, para fins de mapeamento e monitoramento da fome, da desnutrição e de outros problemas nutricionais.
- Orientar e apoiar estados e municípios em seus processos de aquisição de alimentos e outros insumos estratégicos, contribuindo 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.
- Criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde.
- Promover a revisão da legislação sobre alimentos, em especial daquela inerente à vigilância sanitária.
- Adequar planos, programas, projetos e atividades às diretrizes e prioridades desta Política.
- Promover o estabelecimento de rede de laboratórios capacitados à certificação da qualidade de alimentos.
- Promover a inspeção e a fiscalização sanitária dos alimentos colocados ao consumo da população, segundo o grau de risco destes produtos, formulando, inclusive, programas específicos para tal fim.
- Implementar e consolidar o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária de alimentos.
- Redefinir e coordenar, no tocante a alimentos, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
- Coordenar e monitorar outros sistemas nacionais básicos para esta Política, de que são exemplos o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública.
- Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política.

- Promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à alimentação e nutrição.
- Promover a capacitação de recursos humanos para a implementação desta Política.
- Promover a adoção de práticas e hábitos de alimentação saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias.
- Apoiar estados e municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle dos fatores de risco detectados.
- Promover as negociações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos de boa qualidade.
- Promover o controle social da execução desta Política, inclusive da aplicação dos recursos financeiros correspondentes, mediante o fortalecimento da ação do Conselho Nacional de Saúde.

4.3.Responsabilidades do Gestor Estadual – Secretaria Estadual de Saúde

- Elaborar, coordenar e executar a Política Estadual de Alimentação e Nutrição, consoante a esta Política Nacional.
- Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades, na conformidade da Política Estadual de Alimentação e Nutrição.
- Promover processo de articulação intersetorial no Estado, visando a implementação da respectiva política de alimentação e nutrição.
- Participar do financiamento das ações decorrentes da Política Estadual.
- Participar da definição e da aquisição dos alimentos e insumos estratégicos, segundo o seu papel nos planos, programas, projetos e atividades que operacionalizarão a Política.
- Orientar e apoiar os municípios em seus processos de aquisição de alimentos e outros insumos estratégicos, contribuindo 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.
- Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes da Política Estadual.
- Elaborar e apoiar propostas de estudos e pesquisas estrategicamente importantes para a implementação, avaliação ou reorientação das questões relativas à alimentação e nutrição.
- Coordenar e monitorar o componente estadual de sistemas nacionais básicos para a operacionalização desta Política, de que são exemplos o

de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública.

- Promover mecanismos de consolidação do componente estadual do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – o SISVAN –, inclusive ampliando a sua abrangência em termos técnicos e geográficos, para fins de mapeamento e monitoramento da fome, da desnutrição e de outros problemas nutricionais.
- Organizar e coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública, no tocante a procedimentos relativos ao diagnóstico de distúrbios nutricionais e ao controle da iodatação do sal.
- Promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução da política estadual de alimentação e nutrição.
- Implementar as ações de vigilância sanitária de alimentos sob a sua responsabilidade.
- Manter e estreitar as relações entre a vigilância sanitária de alimentos, a cargo do SUS, e as ações pertinentes executadas pelo Ministério e pelas Secretarias de Agricultura, com vistas a preservar atributos relacionados ao valor nutricional e critérios de sanidade dos alimentos.
- Participar da aquisição de insumos destinados à atenção ambulatorial e hospitalar, no que diz respeito ao atendimento de distúrbios nutricionais.
- Promover o adequado armazenamento dos alimentos e de outros insumos.
- Promover a adoção de práticas e hábitos alimentares saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas de comunicação.
- Promover as negociações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos de boa qualidade.
- Promover o controle social da execução desta Política, inclusive da aplicação dos recursos financeiros correspondentes, mediante o fortalecimento da ação do Conselho Estadual de Saúde respectivo.

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal -- Secretaria Municipal de Saúde ou organismos correspondentes

- Coordenar e executar ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, em seu respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implementados pelo município.
- Receber e ou adquirir alimentos e suplementos nutricionais, garantindo o abastecimento de forma permanente e oportuna, bem como a sua dispensação adequada.
- Promover as medidas necessárias para integrar a programação municipal à adotada pelo Estado.

- 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.
- Operacionalizar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a implementação desta Política, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública.
- Promover mecanismos de consolidação do componente municipal do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (o SISVAN).
- Estabelecer sistemas de informação e análise como prática contínua e regular.
- Implantar, na rede de serviços, o atendimento da clientela portadora de agravos nutricionais clinicamente instalados, envolvendo: a assistência alimentar, o controle de doenças intercorrentes e a vigilância dos irmãos e contatos, garantindo a simultaneidade da execução de ações específicas de nutrição e de ações convencionais de saúde.
- Uniformizar procedimentos relativos à avaliação de casos, à eleição de beneficiários, ao acompanhamento e recuperação de desnutridos, bem como à prevenção e manejo de doenças que interferem no estado nutricional.
- Identificar e atender situações individuais e coletivas de risco nutricional.
- Obter informações representativas do consumo alimentar.
- Realizar a vigilância da hipovitaminose A, promovendo, inclusive, a aplicação periódica de megadoses desta vitamina.
- 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.
- Estabelecer infra-estrutura e aplicar normas de controle de alimentos para consumo, assegurando a sua qualidade e inocuidade.
- Executar ações de vigilância sanitária de alimentos sob sua responsabilidade.
- Manter e estreitar as relações entre a vigilância sanitária de alimentos, a cargo do SUS, e as ações pertinentes executadas pelo Ministério e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Agricultura, com vistas a preservar atributos relacionados ao valor nutricional e critérios de sanidade dos alimentos.
- Associar-se a outros municípios, inclusive na forma de consórcios, de modo a prover o atendimento de sua população nas questões referentes à alimentação e nutrição.
- Participar do financiamento das ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, destinando recursos para a prestação de serviços e a aquisição de alimentos e outros insumos.

- 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.
- Investir na infra-estrutura de armazenamento dos alimentos e outros insumos estratégicos, visando assegurar a qualidade dos mesmos.
- Promover as negociações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos de boa qualidade.
- Promover o controle social da execução desta Política, inclusive da aplicação dos recursos financeiros correspondentes, mediante o fortalecimento da ação do Conselho Municipal de Saúde respectivo.

5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A explicitação de diretrizes e prioridades desta Política Nacional de Alimentação e Nutrição, no âmbito do SUS, evidencia a necessidade da sistematização de um processo contínuo de acompanhamento e avaliação de sua implementação.

Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia, voltados, de forma específica e inovadora, para a avaliação da Política. Grande parte das informações alimentadoras do processo de acompanhamento e avaliação deverá, obviamente, ser produzida no interior dos vários planos, programas, projetos, ações e ou atividades que operacionalizarão esta Política Nacional.

Além da avaliação de questões relativas ao impacto de políticas extra-setoriais sobre alimentação e nutrição e relativas à alimentação e nutrição propriamente ditas, buscar-se-á verificar a repercussão desta Política na saúde e na melhoria da qualidade de vida da população e, portanto, da concretização do direito humano neste contexto, dentro de uma visão sistêmica e intersetorial.

Ao viabilizar essa avaliação, deverão ser incluídos indicadores que permitam verificar em que medida estão sendo consolidados os princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do detalhamento feito no Art. 7º, da Lei N.º 8.080/90, observando-se, por exemplo, se:

- o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados junto à população;
- o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática estão sendo fundamentados na epidemiologia;
- os planos, programas, projetos e atividades que operacionalizam a Política Nacional de Alimentação e Nutrição estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão.

O processo de acompanhamento e avaliação desta Política envolverá, também, a avaliação do cumprimento dos compromissos internacionais assumidos pelo País neste contexto.

No conjunto desses compromissos, cabe destacar aqueles de iniciativa das Nações Unidas, representadas por diversas agências internacionais – tais como a FAO, a OMS, o UNICEF, o Alto Comissariado de Direitos Humanos–, os quais destinam-se a incorporar, na agenda dos governos, concepções, objetivos, metas e estratégias de alimentação e nutrição.

Entre as metas prioritárias fixadas para o ano 2.000, seis se referem à área de alimentação e nutrição, indicando a sua relevância como campo de ação dos governos e da sociedade. Essas metas são:

- a redução, para menos de 10%, da incidência do baixo peso ao nascer;
- a diminuição, em 50%, da frequência de desnutrição moderada e grave em crianças;
- a redução, em 1/3, da ocorrência de anemia em gestantes;
- o controle dos distúrbios provocados pela deficiência de iodo;

- o controle da deficiência de vitamina A como problema de saúde pública; e
- o provimento de condições para que todas as mães possam amamentar seus filhos de forma exclusiva até o 6º mês de vida, continuando a amamentação, num processo de transição alimentar, até os dois anos.

6. TERMINOLOGIA

Aleitamento materno - Conjunto de processos (nutricionais, comportamentais e fisiológicos) envolvidos na ingestão, pela criança, do leite produzido pela própria mãe, seja diretamente no peito ou por extração artificial.

Alimentação - Processo biológico e cultural que se traduz na escolha, preparação e consumo de um ou vários alimentos.

Alimentação complementar adequada e oportuna - Aquela que se inicia como complemento ao aleitamento materno, a partir do 4-6 meses de vida com dietas adequadas em quantidade e qualidade (nutrientes e calorías).

Alimentos complementares ou de transição - Aqueles que se oferecem à criança em complementação ao leite materno, a partir dos 4-6 meses de vida e que são preparados de modo a oferecer uma dieta de consistência gradativamente maior até que ela possa receber a dieta da família, junto com o leite materno. Atualmente, está em desuso o termo alimentos de desmame para não dar a idéia de que a introdução de outro alimento na dieta da criança implica a suspensão do leite materno.

Alimentos “*in natura*” - Produtos ofertados e consumidos em seu estado natural, sem sofrer alterações industriais que modifiquem suas propriedades físico-químicas (textura, composição, propriedades organolépticas). As frutas e o leite fresco são bons exemplos de alimentos “*in natura*”.

Amamentação exclusiva - Uso de leite materno, habitualmente até aos 6 meses de vida, como único alimento da criança, não sendo admitidos chás ou água como exceção.

Anemia - Redução dos níveis de hemoglobina no sangue para valores abaixo dos limites estabelecidos como normais, de acordo com a idade, sexo e condição fisiológica.

Apoio alimentar - Doação pessoal ou institucional de um ou vários alimentos para pessoas desnutridas ou em risco de desnutrição. O mesmo que suplementação alimentar ou, em alguns países, assistência alimentar.

Assistência alimentar - Ver apoio e suplementação alimentares.

Avaliação antropométrica - Uso de medidas (principalmente peso e altura) como critério para avaliar o crescimento físico e, por extensão, o estado nutricional.

Baixo peso ao nascer - Os casos de crianças nascidas vivas com menos de 2.500 gramas.

Banco de leite humano - Centro especializado, responsável pela promoção do incentivo ao aleitamento materno e execução das atividades de coleta, processamento, estocagem e controle de qualidade do leite humano extraído artificialmente, para posterior distribuição, sob prescrição de médico ou nutricionista.

Bem-estar nutricional - Estado orgânico em que as funções de consumo e utilização de energia alimentar e de nutrientes se fazem de acordo com as necessidades biológicas dos indivíduos.

Biodisponibilidade - O grau de aproveitamento de nutrientes específicos contidos nos alimentos, tomando como referência o conteúdo total (100%) do princípio nutritivo considerado.

Bócio - Aumento significativo da glândula tireóide, que passa a extrapolar seus limites normais.

Caráter intersetorial - Aspecto que considera a co-responsabilidade de dois ou mais de dois setores do governo em relação às causas ou às soluções dos problemas de alimentação e nutrição.

Carências nutricionais - Situações em que deficiências gerais ou específicas de energia e nutrientes resultam na instalação de processos orgânicos adversos para a saúde.

Composição dos alimentos - Valor nutritivo dos alimentos, ou seja, o seu conteúdo em substâncias específicas, como vitaminas, minerais e outros princípios.

Controle de doenças coexistentes - Medidas para prevenir e curar a ocorrência de doenças que agravam o estado nutricional.

Crescimento e desenvolvimento - O primeiro termo refere-se ao aumento de medidas corporais, como peso e altura. O segundo aplica-se ao aparecimento e aperfeiçoamento de funções, como a linguagem, a habilidade motora, as funções cognitivas, a maturidade psíquica e outras.

Cretinismo - Retardo mental resultante da ação adversa da deficiência de iodo na maturação do sistema nervoso da criança.

Critério de sanidade dos alimentos - Princípios e normas para assegurar que os alimentos tenham bom valor nutritivo e não apresentem contaminantes físicos, químicos e biológicos prejudiciais à saúde dos consumidores.

Cuidados nutricionais específicos - Ações recomendadas para situações peculiares de riscos nutricionais, como a anemia, o bócio, a hipovitaminose A e outras condições.

Deficiência de ferro - Estado orgânico de carência deste micronutriente, que ocorre quando o consumo alimentar de ferro biodisponível é baixo, quando as perdas de sangue são elevadas, o aumento dos requerimentos por processos infecciosos e ou febris, ou, ainda, quando ocorrem simultaneamente as duas condições, diminuindo o estoque corporal de ferro, podendo resultar no aparecimento de anemia.

Deficiência primária de iodo - É a deficiência de iodo, inicialmente atribuída à baixa ingestão deste micronutriente.

Deficiência de micronutrientes - Estado orgânico de carência de princípios nutritivos cujas exigências são muito pequenas, medindo-se em miligramas diárias, como a vitamina A, o ferro, o iodo e o zinco.

Deficiência energético-protéica - Também chamada desnutrição energético-protéica, refere-se ao estado nutricional que ressalta a deficiência de calorias e de proteínas. Ocorre sobretudo em crianças.

Deficit de altura - Atraso do crescimento estatural, quando comparado com os padrões de normalidade por sexo e idade.

Deficit antropométrico - Atraso nas relações peso / idade, peso / altura, altura / idade, tomando como referência as tabelas de normalidade convencionalmente recomendadas. Pode referir-se a outros índices de medidas corporais.

Deficit peso/idade - A explicação está implícita na terminologia do deficit antropométrico.

Desmame - Processo que se inicia com a introdução de qualquer alimento na dieta da criança que não seja o leite materno – incluindo os chás e a água – e que termina com a suspensão completa do leite materno.

Desnutrição - Termo genérico usualmente empregado para discriminar deficiências nutritivas, referindo-se, principalmente, à desnutrição energético-protéica. Ver as definições correspondentes a deficits antropométricos, desnutrição energético-protéica, deficiência de micronutrientes, que seriam casos específicos de desnutrição ou de doenças carenciais.

Desnutrição crônica - Processo carencial de longa duração, expresso, ilustrativamente, no deficit de altura.

Diabetes - Processo de intolerância à glicose, que se traduz, convencionalmente, na elevação do “açúcar” no sangue e sua presença eventual na urina.

Dieta - Genericamente, corresponde aos padrões alimentares dos indivíduos. Especificamente, pode representar um combinação recomendada de alimentos em determinadas proporções para atender necessidades terapêuticas.

Dislipidemias - Termo que se refere às alterações, quase sempre por excessos, nos teores de lipídeos ou gorduras do sangue, como o colesterol e os triglicerídeos.

Distúrbios nutricionais – São problemas de saúde decorrentes da má nutrição, ou seja, situações patológicas de etiologia nutricional.

Doenças da nutrição - Terminologia para uma grande variedade de doenças que resultam do baixo consumo, do consumo excessivo ou do desequilíbrio prolongado da ingestão e utilização de princípios nutritivos que devem ser harmonicamente combinados. Várias referências anteriores configuram essas situações: bócio, deficiências nutricionais, desnutrição. Ver também dislipidemias e obesidade.

Endemias carenciais - Doenças carenciais, como a anemia ferropriva, a desnutrição energético-proteica e o bócio, que ocorrem com uma frequência regular e praticamente constante, e prevalência acima dos limites tolerados como “normais”.

Enriquecimento alimentar - Adição de determinados nutrientes (vitaminas, sais minerais ou outros) a alimentos com baixo conteúdo em relação a determinados princípios nutritivos.

Estresse - Estímulos adversos, com diferentes impactos físicos, psíquicos e nutricionais. Tensão.

Ferro medicamentoso - Compostos orgânicos ou inorgânicos de ferro usados para tratamento das anemias.

Garantia da qualidade dos alimentos - Ver segurança alimentar, vigilância sanitária dos alimentos.

Grupos biológicos - Ver “vigilância nutricional”, “Vigilância de irmãos e contatos”, “vulnerabilidade”. Designativo de riscos induzidos por fatores biológicos.

Hábitos alimentares saudáveis - Ver práticas alimentares saudáveis, segurança e qualidade dos alimentos.

Hipovitaminose A - Baixa disponibilidade de vitamina A nos depósitos hepáticos e níveis diminuídos no sangue, apresentando ou não sintomas e sinais de deficiência.

Hospital “Amigo da Criança” - Maternidades e hospitais que cumprem os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, preconizados pela OMS/UNICEF.

Idiotia - Retardo físico, motor e mental ocasionado pela deficiência grave de iodo no período fetal e nos primeiros meses de vida.

Índice de Pobreza Humana (IPH) - Esse índice é composto pelos indicadores relacionados à esperança de vida, à desnutrição em menores de cinco anos, à alfabetização, ao acesso a serviços de saúde e à água potável.

Iodo dependente - Diz-se dos distúrbios funcionais ou morfológicos (entre os quais o bócio e a idiotia) produzidos pela deficiência de iodo na água, sais e alimentos consumidos.

Mcg/dl - Microgramas por decilitro. Medida utilizada em exames laboratoriais.

Medidas profiláticas - Medidas tomadas para a prevenção de doenças ou de agravos nutricionais.

Medidas terapêuticas - Medidas adotadas para corrigir situações patológicas clinicamente instaladas. Ações destinadas à cura de doenças.

Megadoses - Grandes quantidades de um medicamento ou micronutriente administradas de uma só vez, como é o caso da vitamina A.

Micronutrientes - Nutrientes demandados pelo organismo em quantidades muito pequenas (miligramas ou microgramas) como o iodo, a vitamina A, o zinco e o ferro.

Monitoramento do estado nutricional - O mesmo que Vigilância Nutricional.

Nutrição - Estado fisiológico que resulta do consumo e utilização biológica de energia e nutrientes em nível celular.

Obesidade - Aumento exagerado do peso em relação à altura. No sinônimo popular, os gordos correspondem aos obesos.

Orientação alimentar - Recomendações para a escolha, preparação, conservação doméstica e consumo de alimentos mediante critérios de consideração de seu valor nutritivo e indicações específicas, segundo condições fisiológicas (crescimento, gravidez, lactação), patológicas (obesidade, diabetes, doenças carenciais) ou, ainda, por justificativas socioeconômicas (relação valor nutritivo x custos). Ver, ainda, práticas alimentares saudáveis.

Percentil 10 e percentil 3 da relação peso/idade - O percentil refere-se à posição de um indivíduo em uma dada distribuição de referência. Assim, os percentis 10 e 3, como utilizados no texto, referem-se aos valores de peso apresentados por 10% e 3% das crianças, respectivamente, na distribuição do padrão antropométrico de referência. Dessa forma, uma criança que se encontra com pesos iguais ou inferiores a esses dois limites têm uma possibilidade maior de apresentar uma situação de distúrbio nutricional. Em

outras palavras, pode-se afirmar que o percentil 10 ou o percentil 3 da relação peso/idade é a linha de separação representada no gráfico de crescimento do “Cartão da Criança”, indicando o limite inferior de separação entre a normalidade e a possível desnutrição ou retardo de crescimento. A visualização do gráfico esclarece bem o princípio e a aplicação da linha “percentil 10” ou “percentil 3”.

Perigo na cadeia alimentar – Agente biológico, químico ou físico, ou propriedade de um alimento, que pode ter efeitos adversos sobre a saúde.

Práticas alimentares saudáveis - Usos, hábitos e costumes que definem padrões de consumo alimentar de acordo com os conhecimentos científicos e técnicas de uma boa alimentação. Ver “orientação alimentar”, “composição dos alimentos” e “bem-estar nutricional”.

Precursos de vitamina A - Substâncias contidas nos alimentos vegetais (carotenos) que, depois de ingeridos, se convertem em vitamina.

Produtos dietéticos - Bebidas ou alimentos processados, com a particularidade de que se destinam a atender determinadas situações de interesse médico ou nutricional: baixo conteúdo calórico, reduzido teor de gorduras, por exemplo.

Produtos farmacêuticos - Usa-se o termo, neste documento, para discriminar preparações farmacológicas à base de nutrientes específicos, como vitaminas, ferro, iodo, zinco etc., sob a forma de medicamentos.

Propriedade terapêutica - Propriedade que tem determinado alimento ou fármaco (ver item anterior) de atuar, curativamente, na correção de desvios ou doenças plenamente caracterizadas. No uso em apreço, as doenças da nutrição.

Riscos nutricionais - Condições caracterizadas por probabilidade aumentada de que um determinado problema nutricional possa acontecer ou já esteja ocorrendo.

Rotulagem Nutricional - Componente do rótulo que descreve o conteúdo nutricional do produto.

Segurança alimentar - Garantia de que as famílias tenham acesso físico e econômico regular e permanente a conjunto básico de alimentos em quantidade e qualidade significantes para atender os requerimentos nutricionais.

Segurança alimentar e nutricional - Acrescenta-se, à definição anterior, o conceito de que, além do acesso e consumo, o organismo deve dispor de condições fisiológicas adequadas para o aproveitamento dos alimentos. Ou seja, para uma boa digestão, absorção e metabolismo de nutrientes.

Segurança e qualidade dos alimentos - Trata, em Vigilância Sanitária, dos atributos referentes à inocuidade dos alimentos e seu valor nutritivo. Ver também práticas alimentares saudáveis.

Sítios sentinelas - Áreas ou comunidades que podem ser acompanhadas, mediante a aplicação de um conjunto de indicadores do estado nutricional, para expressar, por analogia, a situação provável em contextos socioeconômicos e sanitários semelhantes.

Sobrepeso - Excesso de peso de um indivíduo quando em comparação com tabelas ou padrões de normalidade. A obesidade é um grau bem elevado de sobrepeso.

Suplementação alimentar - Cota adicional de alimentos destinada a prevenir ou corrigir deficiências nutricionais. Ver apoio alimentar.

Tabela de composição químico-nutricional - São tabelas que informam o conteúdo dos alimentos em proteínas, gorduras, hidratos de carbono, vitaminas e minerais de interesse da nutrição humana.

Tradições alimentares - Usos e costumes alimentares que se transmitem de geração a geração, segundo a cultura tradicional de determinadas etnias ou grupos antropologicamente homogêneos.

Transição alimentar - Refere-se às mudanças lentas ou rápidas que ocorrem no padrão alimentar das crianças, na medida em que a amamentação vai sendo substituída por outros produtos, até atingir o padrão alimentar da família. É um período crítico em relação aos riscos nutricionais.

Transição epidemiológica - Mudanças que ocorrem nos perfis de morbimortalidade de uma população, tendo como substrato principal a transição demográfica de uma pirâmide etária “jovem” para um modelo de população madura ou envelhecida. O fato epidemiológico mais representativo seria a passagem do pólo desnutrição / infecção para o pólo obesidade / doenças crônico-degenerativas.

Utilização biológica dos alimentos - Processo que envolve a cadeia digestão / absorção / metabolismo / excreção ou ressíntese parcial dos alimentos nos organismos vivos. Pode ser adversamente alterado pela ocorrência de doenças, compreendendo um, dois ou até todos os elos da cadeia de utilização biológica.

Vigilância alimentar e nutricional - Consiste na coleta e na análise de informações sobre a situação alimentar e nutricional de indivíduos e coletividades, com o propósito de fundamentar medidas destinadas a prevenir ou corrigir problemas detectados ou potenciais. É um requisito essencial para justificar, racionalmente, programas de alimentação e nutrição. Ver, ainda: crescimento e desenvolvimento, controle de doenças, cuidados nutricionais específicos.

Vigilância de irmãos e contatos - Recomendação para acompanhar, de forma atenta, dispensando os cuidados necessários (apoio ou suplementação alimentar, avaliação do crescimento, ações básicas de saúde), os irmãos e mães (considerados “contatos”) de crianças desnutridas de 6 a 23 meses. A desnutrição nessa faixa etária pode ser um indicativo de que mães e irmãos podem ser desnutridos, constituindo grupos de risco nutricional.

Vigilância nutricional - Parte da vigilância alimentar e nutricional, tratando, como enfoque principal, o estado de nutrição dos grupos biológicos (crianças, gestantes) e sociais (baixa renda) mais expostos aos problemas da nutrição. Pode incluir, também, situações opostas (homens e mulheres adultos e velhos com sobrepeso, obesidade e suas conseqüências).

Vigilância sanitária dos alimentos - Verificação da aplicação de normas e condutas objetivando assegurar a necessária qualidade dos alimentos. Ver “critério de sanidade dos alimentos”.

Vulnerabilidade - Trata de fatores biológicos, ocupacionais ou sociais que aumentam os riscos aos agravos nutricionais.

Xeroftalmia - Alterações oculares condicionadas pela deficiência de vitamina A.

7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ARAÚJO, J.D. - Polarização epidemiológica no Brasil. Informe epidemiológico do SUS. CENEPI, Brasília, jul. 1992.
- ARRUDA, B.K.G. – Saúde e Nutrição – Os grandes desafios. Revista do IMIP, vol. 09, n.º 01, jun/95.
- ARRUDA, I.K.G. - Deficiência de ferro e folato e anemia em gestantes atendidas no IMIP: magnitude, alguns fatores de risco e repercussão nos seus conceitos. Tese de doutoramento. UFPE, Recife, 1997.
- BATISTA Filho, M. e Rissin, A. – Deficiências Nutricionais: Ações Específicas do Setor Saúde para o seu Controle. Cadernos de Saúde Pública, 9(2): 130- 135, Rio de Janeiro, 1993.
- BEZERRA, L. – Panorama Geral de uma Política Nacional de Alimentação e Nutrição – Subsídios Básicos, Brasília, 1997.
- COITINHO, D.C. – Orientação Alimentar e Nutricional – Subsídios Básicos, Brasília, 1997.
- CORRÊA Filho, H.M.- Relatório: inquérito brasileiro sobre a prevalência nacional do bócio endêmico – 1994/1995. UNICEF, Brasília, 1997.
- FAO – Directrices para la formulación de planes nacionales de acción para la nutrición. Roma, 1993.
- FERREIRA, Cleber - Vigilância Sanitária de Alimentos - Subsídios Básicos, Brasília, 1997.
- Inter-American Development Bank/World Health Organization. Caribbean Regional Health Study. IBD/WHO, 1996.
- Ministério do Planejamento. IPEA – Cadernos Comunidade Solidária, Edição Especial, Brasília, 1997.
- Ministério da Saúde, Coordenação Materno-Infantil. Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância - Avaliação de Meia Década – 1990/1995. Brasília, 1997.
- MENEZES, E. e Moura, M. F. A. – Aleitamento Materno – Subsídios Básicos, Brasília, 1997.
- MONTEIRO e cols. – Melhoria em indicadores de saúde associados à pobreza o Brasil dos anos 90: descrição, causas e impacto sobre desigualdades regionais. Nupens/USP, outubro, 1997.
- MONTEIRO C. A. - O panorama da nutrição infantil nos anos 90. UNICEF. Cadernos de Políticas Sociais (Série Documentos para Discussão n.º 1), Brasília, maio de 1997.
- MONTEIRO C. A. - (coord.) A trajetória da saúde infantil como medida do desenvolvimento social: o caso da cidade de São Paulo ao longo de cinco décadas. Relatório Técnico. NUPENS/USP, 1997.
- OLIVEIRA, Y. P. – Suplementação Alimentar e Combate a Carências Nutricionais Específicas – Subsídios Básicos, Brasília, 1997.
- OPAS/OMS – Plan de Acción Regional de Alimentación y Nutrición. Washington, D.C., septiembre, 1997.
- PNUD – Relatório do Desenvolvimento Humano, 1997. Trinova Editora, Lisboa, 1997.
- SILVA, D.O - Vigilância Alimentar e Nutricional – Subsídios Básicos, Brasília, 1997.
- VERAS, A.A.C.A e cols. II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (Pernambuco). INAN/MS, IMIP

- DN/UFPE, SES-PE. Recife 1998.
- World Bank – Enriching Lives. Overcoming Vitamin and Mineral Malnutrition in Developing Countries. Washington, D.C., 1994.
- UNICEF – Situação Mundial da Infância, 1998. Brasília, DF, 1998.
- ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembléia Geral das Nações Unidas. 10 de dezembro de 1948.
- Decreto no. 591 – de 6 de julho de 1992. Atos internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Brasília, 24 de abril de 1992.
- FAO. Report of the World Food Summit. FAO, Rome, 1997.
- ONU. General Assembly Resolution. 41/128. New York. (1986)
- ONU - “El derecho a una alimentación adecuada como derecho humano”. Serie de Estudios. Centro de Derechos Humanos. Ginebra. Naciones Unidas, Nueva York, 1989.
- OSHAUG, A.; Barth-Eide, W; Eide, A . “Human rights: a normative basis for food and nutrition-relevant policies”. Food Policy. 1994 19 (6) 491-516.
- VALENTE, F.L.S. “Do combate à Fome à Segurança Alimentar e Nutricional: o Direito à Alimentação adequada”. R. Nutr. PUCCAMP, Campinas. 10 (1): 20-36, jan. jun., 1997. 20-36.