



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO DE SAÚDE PÚBLICA

LUÍSA MARIA OLIVEIRA PINTO

DOCUMENTO BASE PARA A ELABORAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: PROPOSTA PARA O ESTADO DO CEARÁ

FORTALEZA-CE
2011

LUISA MARIA OLIVEIRA PINTO

DOCUMENTO BASE PARA A ELABORAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: PROPOSTA PARA O ESTADO DO CEARÁ

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de mestre em saúde pública.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Marlene Marques Ávila

FORTALEZA-CE
2011

P659d Pinto, Luisa Maria Oliveira
Documento base para a elaboração da Política Estadual de
Alimentação e Nutrição: proposta para o estado do Ceará / Pinto,
Luisa Maria Oliveira — Fortaleza, 2011.
103 p. : il.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Marlene Marques
Ávila
Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde
Pública.) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de
Ciências da Saúde
1. Saúde 2. Política Pública. 3. Alimentação e
Nutrição. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de
Ciências da Saúde.

CDD: 614

A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.

Paulo Freire

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, saudoso Antônio Pinto e a batalhadora e incansável Raimunda Sinhá.

Aos meus avós maternos pelo esforço em ensinar para os meus tios e tias que o caminho da escola é sempre o melhor.

A minha querida e admirada tia Ana Célia que me ensinou a ser nutricionista.

A minha princesa e o meu rei pela dedicação, carinho, paciência, **amor** e atenção dispensadas,

Ana Livia e Davi

A vocês, **todo o meu amor e carinho!**

AGRADECIMENTOS

A DEUS pela minha vida, pela minha família e por acreditar em mim!

Aos meus filhos (as) Ana Livia e Davi por toda paciência, incentivo e dedicação nos trabalhos de digitação.

A minha amada mãe que sempre sonhou ver um filho e/ou filha conquistar esse título.

Ao meu amado pai que onde quer que esteja contribuiu muito para eu chegar aonde cheguei.

A professora Dra. Marlene Marques Ávila pela orientação e atenção dispensadas.

A Lindélia Sobreira Coriolano, pela ajuda na análise e correção dos dados estatísticos.

A todos os profissionais dos municípios pesquisados por dedicarem uma parte do seu tempo para responder o questionário parte dessa pesquisa.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram na construção dessa dissertação.

RESUMO

No ano de 1998 um grupo de técnicos do Ministério da Saúde deu início ao processo de elaboração da política de alimentação e nutrição para o SUS. Esse processo teve o apoio da Secretaria de Políticas de Saúde cujo papel era o de definir uma política específica de saúde, sua finalidade, seu conteúdo e processos de formulação e implementação. O processo de elaboração da Política Nacional de Alimentação e Nutrição se deu em um contexto democrático de discussão entre a sociedade civil, profissionais de instituições acadêmicas e de expertise na área, do setor produtivo da área de alimentos, vários órgãos e instâncias de governo e da comunidade internacional. Culminou com a sua aprovação em 1999. Esse fato trouxe uma nova perspectiva para o campo de alimentação e nutrição. No ano de 2001 a Área Técnica de Alimentação e Nutrição foi promovida a Coordenação Geral da Política nacional de Alimentação e Nutrição – CGPAN. Todos esses eventos contribuíram para criação e/ou fortalecimento das áreas técnicas de alimentação e nutrição e/ou coordenação de alimentação dos estados e municípios no país. No Ceará o processo de amadurecimento para elaboração da Política Estadual de Alimentação e Nutrição surgiu de uma demanda da Coordenadoria de Políticas de Atenção à Saúde em propor uma política nessa área que contemplasse não apenas ações curativas, mas essencialmente ações promotoras e preventivas capazes de impactar no perfil epidemiológico nutricional atual, composto por vários agravos relacionados à alimentação da população e que fosse embasada na Segurança Alimentar e Nutricional e no Direito Humano à Alimentação Adequada. Para tanto implicava um compromisso político, orientado por um planejamento estratégico e metas precisas, propondo e acompanhando a execução de programas, projetos e ações sustentáveis, que reconhecessem a importância da alimentação e nutrição para a prevenção, promoção e recuperação da saúde. Para concretizar esse projeto seria necessário inicialmente elaborar um documento que servisse como base para nortear a elaboração dessa política. O presente estudo teve como objetivo a construção desse documento, que se baseou em pesquisa realizada em 20 Coordenadorias Regionais de Saúde com 117 municípios cearenses no período de setembro de 2010 em três etapas (13 e 14 /09; 16 e 17/09; 20 e 21/) com o fim de elaborar o diagnóstico de subsídio do documento. Os parâmetros para análise utilizados foram as diretrizes e ações preconizadas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, nas Políticas da Atenção Básica e de Promoção da Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional. O documento aqui apresentado tem a seguinte estrutura: caracterização da organização, gestão e desempenho das ações de alimentação e nutrição nos níveis de atenção primária, e de média e alta complexidade; identificação das ações de programas de alcance intersetorial que têm como objetivo a promoção e a garantia da segurança alimentar e nutricional da população cearense e que tem relação com as ações de alimentação e nutrição no âmbito do SUS e por fim a enumeração dos elementos necessários para a construção e implementação da Política Estadual de Alimentação e Nutrição do Ceará – PEAN-CE.

Palavras-Chave: Saúde; Política Pública; Alimentação e Nutrição

ABSTRACT

In 1998 a group of experts from the Ministry of Health initiated the process of preparing the food and nutrition policy for the National Health System. This process was supported by the Department of Health Policy, whose role was to define a specific policy on health, its purpose, its content and processes of formulation and implementation. The process of drafting the National Food and Nutrition took place in a democratic context for discussion among civil society, academic institutions and experts in the area, the productive sector of the food area, several agencies and jurisdictions of government and international community. Culminated in its adoption in 1999. This fact brought a new perspective to the field of food and nutrition. In 2001 the Technical Department of Food and Nutrition was promoted to Coordination General for Food and Nutrition – CGPAN. All these events contributed to the creation and / or strengthening of the technical areas of food and nutrition and / or coordinations in the states and municipalities in the country. In Ceara the maturing process for the preparation of State Policy for Food and Nutrition arose from a demand of the Policy Coordinator for Health Care what proposed a policy in this area that encompassed not only curative actions, but primarily promoting and preventive actions able to impact in nutritional epidemiology profile composed of various disease related to feeding the population and based on Food Security and Human Right to Adequate Food. This implies a political commitment, guided by a strategic plan and targets, planning and monitoring the implementation of programs, projects and sustainable actions, recognize the importance of food and nutrition for prevention, health promotion and recovery. To realize this project would be necessary to initially prepare a document that would serve as a basis to guide the formulation of the policy. This study aimed the elaboration of the base document. Was interviewed 20 Regional Health Coordinations in 117 municipalities of Ceará in the month September 2010 in order to establish the diagnosis to support the document. The parameters for analysis used were the guidelines and actions recommended for by policies the National Food and Nutrition, Primary Care and Health Promotion and Food Security. The document presented here has the following structure: characterization of the organization, management and performance of the stock of food and nutrition in the levels of primary, secondary and tertiary care, the identification of actions intersectorials and the programs that aim to promote the food security and nutritional of the state 's population, which relates to the actions of food and nutrition within the NHS and ultimately the list of items required for the construction and implementation of State Policy for Food and Nutrition Ceará.

Key words: Health; public policies; food and nutrition

LISTA DE ABREVIATURAS

ABIA – Associação Brasileira da Indústria de Alimentos
ACS - Agente Comunitário de Saúde
CAE – Conselho de Alimentação Escolar
CGPAN – Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Humana
CRAS – Centros de Referência de Assistência Social
CRES – Coordenadoria Regional de Saúde
DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada
DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis
EAN – Educação Alimentar e Nutricional
EMATECE – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Ceará
ENDEF – Estudo Nacional de Despesas Familiares
ESF – Estratégia Saúde da Família
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC - Instituto de Defesa do Consumidor
IDH – Instituto de Defesa do Consumidor
INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IPECE – Instituto de Pesquisas Estratégicas e Econômicas do Ceará
LOSAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPSAN – Observatório da Política de Segurança Alimentar e Nutricional
PAA – Programa de Aquisição de Alimentos
PARA – Programa de Análise de Resíduo de Agrotóxicos nos Alimentos
PAS – Promoção da Alimentação Saudável
PBF – Programa Bolsa Família
PEAN –CE – Política Estadual de Alimentação e Nutrição do Ceará

PIMC – Programa um Milhão de Cisternas
PNPS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSAN – Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
ONG – Organização Não Governamental
PAT – Programa de Alimentação do Trabalhador
PNAE – Programa nacional de Alimentação Escolar
POF – Pesquisa de Orçamento Familiar
PSE – Programa Saúde na Escola
RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAN – Segurança Alimentar e Nutricional
SDA – Secretaria de Desenvolvimento Agrário
SESA – Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SESI – Serviço Social da Indústria
SISAN – Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNICEF - United Nations Children's Fund

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos municípios participantes da pesquisa por CRES. Ceará. 2010.

Tabela 2. Ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família – Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde. Ceará, 2010.

Tabela 3. Ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família – avaliação e acompanhamento do estado nutricional das famílias. Ceará, 2010.

Tabela 4. Ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família – atividades educativas. Ceará, 2010.

Tabela 5. Ações de alimentação e nutrição em parceria com Secretaria Municipal de Educação/Instituições de ensino. Ceará, 2010.

Tabela 6. Ações de alimentação e nutrição desenvolvidas em parceria com instituições religiosas. Ceará, 2010.

Tabela 7. Ações de alimentação e nutrição em parceria com ONGS e OSCIP. Ceará, 2010.

Tabela 8. Ações de alimentação e nutrição em parceria com os setores de trabalho/emprego e produtivo. Ceará, 2010.

Tabela 9. Ações de alimentação e nutrição em parceria com a Sociedade Civil. Ceará, 2010.

Tabela 10. Ações de alimentação e nutrição para a garantia da qualidade dos alimentos – vigilância sanitária. Ceará, 2010.

Tabela 11. Ações de alimentação e nutrição - Intersetoriais e Informativas. Ceará, 2010.

Tabela 12. Monitoramento da situação nutricional da população – acompanhamento das famílias do PBF. Ceará 2010.

Tabela 13. Monitoramento da situação nutricional da população – chamadas nutricionais. Ceará, 2010.

Tabela 14. Monitoramento da situação nutricional da população – SISVAN. Ceará, 2010.

Tabela 15. Monitoramento da situação alimentar da população – marcadores do consumo alimentar – SISVAN WEB. Ceará, 2010.

Tabela 16. Ações de alimentação e nutrição para promoção de hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis – políticas públicas para PAS. Ceará, 2010.

- Tabela 17. Criação de ambientes favoráveis que promovam a PAS. Ceará, 2010.
- Tabela. 18. Ações para a reorientação dos serviços de saúde para PAS. Ceará, 2010.
- Tabela 19. Distribuição de micronutrientes – Programa de Suplementação de Vitamina A mais. Ceará, 2010.
- Tabela 20. Distribuição de micronutrientes – Programa de Suplementação de Ferro. Ceará, 2010.
- Tabela 21. Suplemento de outras vitaminas e/ou minerais. Ceará, 2010.
- Tabela 22. Fortificação de alimentos em nível municipal ou estadual para populações específicas, por situação e condição de saúde. Ceará, 2010.
- Tabela 23. Distribuição de alimentos fortificados para populações específicas, por situação e condição de saúde. Ceará, 2010.
- Tabela 24. Distribuição de polivitamínicos para populações específicas, por situação e condição de saúde. Ceará, 2010.
- Tabela 25. Distribuição de poliminerais para populações específicas, por situação e condição de saúde. Ceará, 2010.
- Tabela. 26. Distribuição de alimentos para populações específicas. Ceará, 2010.
- Tabela 27. Atividades de educação nutricional para populações de risco. Ceará, 2010.
- Tabela 28. Serviço ou programa para tratamento de crianças com desnutrição. Ceará, 2010.
- Tabela 29. Ações para prevenção, controle e tratamento das DCNT - atendimento ambulatorial de nutrição e dietética. Ceará, 2010.
- Tabela 30. Ações para prevenção, controle e tratamento das DCNT - grupos de educação nutricional. Ceará, 2010.
- Tabela. 31. Ações para prevenção, controle e tratamento das (DCNT) – monitoramento dos fatores de risco, Ceará, 2010.
- Tabela 32. Ações para prevenção, controle e tratamento das DCNT – grupos de educação nutricional voltados para outras patologias. Ceará, 2010.
- Tabela 33. Ações para prevenção, controle e tratamento das DCNT – parceria com outras áreas da saúde, Ceará. 2010.
- Tabela 34. Ações voltadas para investigação – realização de pesquisas. Ceará, 2010.

Tabela 35. Ações de alimentação e nutrição para capacitação de recursos humanos. Ceará, 2010.

Tabela 36. Terapia Nutricional Hospitalar – produção e fornecimento de refeições diárias. Ceará, 2010.

Tabela 37. Terapia Nutricional Hospitalar – assistência nutricional à pacientes internados. Ceará, 2010.

Tabela 38. Terapia Nutricional Hospitalar – atividades de ensino e pesquisa. Ceará, 2010.

Tabela 39. Terapia Nutricional Domiciliar – atividades domiciliares. Ceará, 2010.

Tabela 40. Terapia Nutricional Ambulatorial. Ceará, 2010.

Tabela 41. Atividades ambulatoriais: atendimento, avaliação e acompanhamento de grupos específicos. Ceará, 2010.

Tabela 42. Programa de dispensação de fórmulas alimentares industrializadas no âmbito do SUS. Ceará, 2010.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	vii
LISTA DE TABELAS.....	ix
1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Situação problema.....	15
1.2 Justificativa.....	18
1.2.1 Justificativa técnica científica.....	18
1.2.2 Justificativa social.....	19
1.2.3 Justificativa técnica institucional.....	20
2. OBJETIVOS.....	22
3. METODOLOGIA.....	23
4. DIAGNÓSTICO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ.....	28
4.1 As ações de alimentação e nutrição no contexto da atenção primária em saúde.....	28
4.1.1 Ações desenvolvidas em parceria com a Estratégia Saúde da Família.....	31
4.1.2 Ações desenvolvidas em parceria com: secretaria municipal de educação, instituições de ensino, instituições religiosas, ONGS e OSCIP, trabalho, emprego e setor produtivo, e sociedade civil, ações intersetoriais e informativa.....	35
4.1.3 Ações de alimentação e nutrição e a garantia da qualidade dos alimentos e dos serviços prestado neste contexto.....	40
4.1.4 Monitoramento da situação nutricional e alimentar da população....	42
4.1.5 Ações de alimentação e nutrição e a promoção de hábitos alimentares e estilos de vidas saudáveis.....	48
4.1.6 Micronutrientes.....	52
4.1.7 Ações para prevenção, controle e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis.....	58

4.1.8 Ações voltadas para a promoção de linhas de investigação.....	61
4.1.9 Ações de alimentação e nutrição voltadas para o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos.....	63
5. DIAGNÓSTICO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS NÍVEIS DE ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO ESTADO DO CEARÁ.....	66
5.1 As ações de alimentação e nutrição no contexto da atenção secundária e terciária.....	66
6. AÇÕES INTERSETORIAIS RELACIONADAS ÀS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO SETOR SAÚDE.....	71
7. IDENTIFICAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS A SEREM ENFRENTADOS POR UMA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARA O ESTADO DO CEARÁ.....	79
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS	86
ANEXO	91
Anexo 1. Identificação das Ações de Alimentação e Nutrição no âmbito do SUS - Questionário para o coordenador municipal das ações de alimentação e nutrição	92
APÊNDICE	102
Apêndice 1. Orientações para auxiliar na resolução do questionário intitulado: Identificação das Ações de Alimentação e Nutrição no Âmbito do SUS – Questionário para o coordenador municipal das ações de alimentação e nutrição.	103

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, após vinte anos de governo militar (1964 – 1984) deu-se início ao processo de reconstrução do Estado democrático, sendo uma característica deste processo a descentralização política e financeira de vários setores da administração pública (ARRETCHE, 1999).

É certamente no campo dos programas de saúde pública o espaço em que ocorreram os mais bem-sucedidos avanços em direção à descentralização (ARRETCHE, 1999). Esses avanços culminaram com a realização, no ano de 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Os resultados dessa conferência foram decisivos para o lançamento dos pilares que constituíram o Sistema Único de Saúde – SUS (LEÃO e CASTRO, 2007).

A descentralização da Saúde, inicialmente marcada pela experiência da estadualização, avançou de forma decisiva nos anos de 1990 com a municipalização da gestão de ações e serviços. A participação dos atores sociais e a mobilização dos gestores municipais, apoiados nas diretrizes constitucionais, foram decisivas para este avanço, diante das resistências políticas e burocráticas do processo (VASCONCELOS e PASCHE, 2007).

Enquanto núcleo do campo constituído pela Saúde Coletiva a alimentação e nutrição objetos das políticas desenvolvidas pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) também realiza em novembro de 1986 a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição considerada como o primeiro evento da área de alimentação e nutrição com participação democrática (LEÃO e CASTRO, 2007). Esse evento contou com representatividade da sociedade civil e representantes das diferentes esferas de governo.

As recomendações do documento final dessa I Conferência explicitavam o reconhecimento da alimentação como direito de todos e o estabelecimento das responsabilidades do Estado de assegurar a disponibilidade interna de alimentos, bem como as condições de acesso ao consumo através, sobretudo de uma política de salários justos e promoção do pleno emprego (BRASIL, 1986).

Mas, somente em 04 de fevereiro de 2010, a Emenda Constitucional nº. 64 incluiu a alimentação entre os direitos sociais, fixados no artigo 6º da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2010a; BRASIL, 1988). Essa lei torna-se instrumento importante, impondo

responsabilidades ao Estado para a efetivação da alimentação adequada de todos os cidadãos. Esse novo direito pressupõe uma alimentação adequada, tanto do ponto de vista de quantidade como de qualidade, garantindo a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN).

A campanha nacional pela inclusão da alimentação na Constituição foi liderada pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e nutricional – CONSEA, contando com, a participação de entidades civis, movimentos sociais, órgãos públicos e privados, organizações não governamentais, artistas, cidadãos e cidadãs de todo país. A referida lei traz o entendimento de que:

“O direito humano à alimentação adequada (DHAA) é um direito inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva. Portanto o direito humano se realiza quando todo homem, mulher e criança, sozinho ou em comunidade com outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, a uma alimentação adequada ou aos os meios necessários para sua obtenção” (BRASIL, 2009, p.6).

Desde a realização da I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, fruto dos avanços no setor saúde, até os dias atuais algumas conquistas foram alcançadas até se chegar a esse direito como a seguir veremos.

1.1. Situação-Problema

Enquanto o campo da saúde desenvolve todo o processo de mudança visando à construção e consolidação da saúde como direito universal, as ações, programas e projetos na área de alimentação e nutrição são marcados por retrocessos e tímidos avanços na década de 1990 (LEÃO e CASTRO, 2007).

Os resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), realizada pelo Ministério da Saúde em 1989, chamaram a atenção dos gestores e planejadores federais para a questão da transição nutricional (BRASIL, 1990).

O estudo mostrava as claras tendências da redução da desnutrição infantil, quando comparada com o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) realizado na década de 1970, por outro lado evidenciava o aumento dos casos de excesso de peso e obesidade entre

adultos (MONTEIRO, 2000) com clara demonstração da transição epidemiológica pela qual passava o País.

Porém, durante toda a década de 1990 nenhum avanço foi promovido no sentido de se formular ou programar políticas públicas na área de alimentação e nutrição que provocassem mudanças dessa realidade, como mencionado anteriormente, ainda ocorreu à extinção do INAN em 1997 como órgão norteador das políticas específicas.

Conforme Leão e Castro (2007) a extinção do INAN fez com que os programas remanescentes desse órgão fossem distribuídos por diferentes instâncias do Ministério da Saúde, e a abordagem fragmentada e desarticulada das questões relacionadas à alimentação e nutrição gerou descontentamento na comunidade de técnicos do governo e pesquisadores, com repercussões nos organismos internacionais ligado à área.

Apesar da intensa mobilização da sociedade civil verificada na mesma década, coincidente com a queda do governo Collor e já sob a gestão Itamar Franco, quando foi instituído pela primeira vez no país um Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) que realizou ainda em 1994, a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, em parceria com a Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida.

Nessa Conferência foram estabelecidas, para o setor saúde, as seguintes atribuições para o Estado: a promoção da saúde; a prevenção e controle de doenças infectocontagiosas e parasitárias que interferem diretamente com o aproveitamento e disponibilidade biológica dos alimentos; a definição de diretrizes, recomendações e normas nutricionais para os diferentes grupos populacionais; efetiva programação do acompanhamento do estado nutricional de crianças, gestantes e nutrízes, bem como a implantação de atividades de orientação nutricional a toda a população atendida no âmbito do SUS; a promoção do aleitamento materno e práticas adequadas de desmame; a orientação alimentar e nutricional para as famílias e grupos populacionais específicos (LEÃO e CASTRO, 2007). Mais tarde essas atribuições seriam contempladas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

A partir de 1998, um grupo de técnicos do Ministério da Saúde iniciou a discussão para elaboração da política de alimentação e nutrição no setor Saúde. Participaram dessa iniciativa a sociedade civil por intermédio de várias organizações, instituições acadêmicas e de pesquisa na área, do setor produtivo da área de alimentos, dos diferentes órgãos e instâncias de governo, além da comunidade internacional (LEÃO e CASTRO, 2007).

O processo culminou com a aprovação, em 1999, da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN (BRASIL, 1999a). Iniciou-se aí um novo ciclo de gestão governamental na área de alimentação e nutrição, introduzindo-se um discurso mais coerente e pertinente sobre a problemática da transição nutricional (LEÃO e CASTRO, 2007). O direito humano à alimentação e a segurança alimentar e nutricional, também são considerados como conteúdos dessa política.

A PNAN caracteriza-se como uma política de Estado e define como o país deve analisar a situação nutricional da sua população e o que precisa ser realizado para o alcance de seus propósitos, e ainda, que a alimentação e a nutrição compõem as condições necessárias 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 (BRASIL, 1999a).

A PNAN insere-se no contexto da segurança alimentar e nutricional e tem como propósito a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (BRASIL, 1999a).

Enquanto acontecia o processo de discussão e elaboração da PNAN durante o período de 1998 – 1999, foi criada a Área Técnica de Alimentação e Nutrição - ATAN, que alcançou em 2001, o status de Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição - CGPAN, no âmbito do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (LEÃO e CASTRO, 2007).

Após a criação da CGPAN, que se traduz na regulamentação do setor no Ministério da Saúde, as secretarias de saúde dos estados iniciaram os processos de criação das suas coordenações estaduais. Alguns estados avançaram e institucionalizaram suas coordenações de alimentação e nutrição, outros, a exemplo do Ceará, não conseguiram institucionalizar nem delimitar claramente o espaço a ser ocupado por essa coordenação dentro do setor saúde.

A organização das ações de alimentação e nutrição na saúde e em especial na Atenção Básica, no Ceará, é um objeto em construção. E para nortear este processo é imprescindível a formulação da política estadual que defina as prioridades, estabeleça

diretrizes e responsabilidades, direcione a execução, o acompanhamento e a avaliação das ações propostas.

Por fim, são pertinentes as considerações de Januzzi (2006) ao afirmar que a disponibilidade de um sistema amplo de indicadores sociais relevantes, válidos e confiáveis certamente potencializa as chances de sucesso do processo de formulação e implementação de políticas públicas, na medida em que permitem, em tese, diagnósticos sociais, monitoramento de ações e avaliações de resultados mais abrangentes e tecnicamente mais bem respaldados.

É neste contexto que este estudo propõe a construção de um documento que servirá para elaboração da política pública do Estado do Ceará que norteará as ações de alimentação e nutrição, baseado no perfil epidemiológico nutricional da sua população e no contexto das políticas de saúde e de alimentação e nutrição existente no País.

1.2 Justificativa

A justificativa da presente proposta norteia-se em três eixos de perspectivas que apontam para sua viabilização:

1.2.1 Justificativa técnica científica

Avanços recentes ocorreram na definição de diretrizes nacionais para a promoção da saúde com a publicação dos documentos oficiais como: a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, Política Nacional de Atenção Básica – PNAB e a portaria interministerial n. 1.010 de 8 de maio de 2006 que institui as diretrizes para a promoção da alimentação saudável em todas as instituições de ensino público e privado. Nestes documentos a promoção da alimentação saudável é considerada ação prioritária (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

Precedem as publicações desses documentos no Brasil, enaltecendo a promoção da saúde atrelada a alimentação e nutrição, a I Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá, 1986, onde evidenciou-se a importância da elaboração e operacionalização de políticas públicas saudáveis como modo de intervir sobre os determinantes das condições de saúde; a Declaração de Adelaide, na Austrália, 1998, que incluiu a alimentação e nutrição como uma das quatro áreas prioritárias para as chamadas políticas saudáveis (BRASIL, 1996).

Segundo Leão e Castro (2007) o desafio posto para os gestores das políticas de alimentação e nutrição no âmbito da saúde é o de desenvolver, fomentar e articular ações que respondam de forma resolutiva ao dinâmico processo de transição nutricional, em um cenário socioeconômico de profundas desigualdades sociais.

Para vencer esses desafios os autores sugerem que será necessário aprofundar e consolidar a atuação em dois grandes eixos: o primeiro no âmbito do SUS e o segundo em âmbito intersetorial.

Os autores supracitados relacionam um conjunto de ações que poderão contribuir para mudança deste cenário no setor saúde, como: subsidiar e instrumentalizar a atuação dos gestores e profissionais da saúde no acompanhamento nutricional da população, permitindo o diagnóstico precoce e o manejo dos agravos nutricionais, e na promoção da saúde e da alimentação saudável; apoio financeiro aos gestores locais para o desenvolvimento da promoção da segurança alimentar e nutricional e a disponibilização de mais recursos humanos e financeiros para atender às novas demandas da população, que emergem do cenário de transição nutricional e desembocam nos diversos níveis de complexidade dos serviços de saúde.

Sobre a definição e o modelo de políticas públicas Souza (2007) aponta seus elementos principais: faz a distinção entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz; envolve vários atores e níveis de decisão; é abrangente e não se limita a leis e regras; caracteriza-se por ser uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados; embora tenha impactos em curto prazo, é uma política de longo prazo; envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição e, por fim, focalizam processos, atores e construção de regras, distinguindo-se dos estudos sobre política social, cujo foco está nas consequências e nos resultados da política.

A proposta de elaboração de um documento que sirva de base para a formulação da política de alimentação e nutrição do setor saúde para o estado do Ceará deverá responder a complexa causalidade dos problemas nutricionais e a sua estreita relação com os fatores políticos, socioeconômicos e ambientais, estabelecendo uma abordagem da ciência que vá além das soluções isoladas desse setor e embasadas, essencialmente, na promoção da alimentação saudável e no direito humano à alimentação saudável.

1.2.2 Justificativa social

Os novos conhecimentos sobre a importância da alimentação e nutrição para a saúde, revelados nas duas últimas décadas, fizeram com que se reavaliassem os custos sociais e econômicos decorrentes da subnutrição ao provocar o aumento da morbimortalidade elevando consideravelmente os custos no setor saúde (BIHAN, DELPEUCH e MAIRE, 2002). Atrelados a uma realidade oposta, com o aumento da obesidade, aparecem os custos advindos do crescente aumento das doenças crônicas não transmissíveis que traz como um dos seus principais fatores de risco a má alimentação.

Bosi e Uchimura (2011) reforçam que o binômio alimentação e nutrição inserido no campo da saúde acompanha o movimento da acepção de saúde-doença, a partir da década de 1980, e sob a pressão do pensamento da Reforma Sanitária Brasileira, a saúde passa a se configurar como fenômeno integral que demanda que se considerem, além da dimensão física ou orgânica, as dimensões social e psíquica para o efetivo entendimento desse processo.

O processo de formulação e implementação da política social, como lembra Januzzi (2006) requer o emprego de indicadores específicos, cada qual trazendo elementos e subsídios distintos para seu bom encaminhamento.

Enquanto política setorial, a elaboração da política de alimentação e nutrição do setor saúde do estado do Ceará, será baseada em informações e diagnósticos que contribuirão para o desenho adequado dos programas e projetos, para cuja realização é imprescindível a alocação de recursos para garantir a eficiência e a eficácia, respondendo as necessidades individuais e da coletividade provocando mudanças na realidade alimentar e nutricional e contribuirá, também, para garantir a segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada.

1.2.3 Justificativa técnica institucional

A elaboração da política estadual de alimentação e nutrição responde ao anseio da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará em propor uma política nessa área que contemple não apenas ações curativas, mas essencialmente ações promotoras e preventivas capazes de impactar no quadro de morbimortalidade atual, composto por vários agravos relacionados à alimentação da população.

Isso implica em um compromisso político, orientado por um planejamento estratégico e metas precisas, propondo e acompanhando a execução de programas, projetos e ações sustentáveis, que reconheçam a importância da alimentação e nutrição para a prevenção, promoção e recuperação da saúde.

A política estadual de alimentação e nutrição contribuirá também para o fortalecimento das áreas das Secretarias Municipais de Saúde que respondem pelas ações de alimentação e nutrição, tanto no que se refere à melhor definição de metas, planejamento e análise dos avanços alcançados, como na institucionalização interna do setor de alimentação e nutrição e na organização das ações de alimentação e nutrição na rede municipal de saúde do Estado. Além disso, contribuirá também para solução das demandas dos níveis de atenção de média e alta complexidade colaborando para o melhor funcionamento dos serviços de nutrição e dietética.

O estudo que propomos constituiu-se na elaboração do diagnóstico que subsidiará o processo de elaboração da Política Estadual de Alimentação e Nutrição do Ceará – PEAN-CE.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Elaborar o diagnóstico para subsidiar o documento norteador da construção da Política Estadual de Alimentação e Nutrição do Estado do Ceará (PEAN-CE).

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar e analisar, a situação atual da organização, gestão e desempenho das ações de alimentação e nutrição, que são preconizadas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição desenvolvidas no Ceará, no âmbito do SUS;

Identificar ações intersetoriais e entre esferas de governo, visando a promoção e a garantia da segurança alimentar e nutricional da população cearense, que estejam relacionadas as ações de alimentação e nutrição no setor saúde;

Identificar e priorizar os problemas a serem enfrentados por uma política estadual de alimentação e nutrição e dos atores institucionais e não institucionais envolvidos;

Propor os elementos necessários para construção do documento base para a elaboração da Política Estadual de Alimentação e Nutrição do Ceará.

3. METODOLOGIA

Tomou-se como base, para a elaboração deste documento, que deverá subsidiar a construção da Política Estadual de Alimentação e Nutrição do Ceará, o roteiro estabelecido na “Metodologia de formulação de políticas de saúde do Ministério da Saúde (MS)” que prevê três etapas na construção de uma política pública: proposição, aperfeiçoamento e legitimação (BRASIL, 1999b).

O referido documento afirma que o Brasil se ressentia de políticas devidamente expressas para os seus setores, recomendando que todas as instituições públicas sejam orientadas por políticas escritas, as quais explicitem suas diretrizes e o papel dos órgãos ou setores responsáveis por sua consecução.

Refere ainda que a metodologia utilizada para formulação de uma política deva se adequar à realidade do setor, no caso a saúde, e ao desenvolvimento de suas ações, ou seja, neste caso essencialmente, deve ser fundamentada na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde – a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990b; BRASIL, 1990c).

A primeira fase é a da proposição, que compreende o diagnóstico, referente à realização/acompanhamento das ações de alimentação e nutrição nos três níveis de atenção no SUS, e a formação de um grupo de trabalho (GT) formado pelos profissionais das áreas técnicas pertinentes que se encontram na SESA, nas universidades, no CONSEA estadual, e nas secretarias que guardam intersetorialidade com essa política.

Neste estudo apresentamos o diagnóstico previsto na fase de proposição. Para sua realização submetemos o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará que o avalizou. A seguir passamos a descrever seu processo de construção.

Utilizou-se ainda, para esse fim, o questionário elaborado e validado pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Ministério da Saúde, intitulado “Identificação das Ações de Alimentação e Nutrição no âmbito do SUS – Questionário para o coordenador municipal das ações de alimentação e nutrição” (Anexo 1).

O questionário divide-se em duas partes, uma primeira voltada às ações/serviços de nutrição na atenção básica e a segunda, relacionada às ações de média e alta complexidade.

Os itens descritos no questionário têm como base ações/serviços incentivados, orientados pelo Ministério da Saúde e outros setores afins.

Disponibiliza, também, campos que permitiam acrescentar outras ações realizadas localmente. Caracterizando-se, assim, por ser um formulário com questões fechadas e abertas.

Para o estabelecimento do diagnóstico foram pesquisados 117 municípios, o que corresponde a um percentual de 63,6% dos 184 municípios cearenses.

A participação dos municípios foi voluntária. Todos os 184 municípios do Ceará foram convidados oficialmente para participarem do IV Encontro Estadual dos Coordenadores Municipais da Política de Alimentação e Nutrição no SUS, que se realizou em Fortaleza no mês de setembro de 2010. O evento foi dividido em três etapas (1ª. Etapa: 13 e 14/09/2010; 2ª. Etapa: 16 e 17/09/10 e a 3ª. Etapa em 20 e 21/09/10).

Durante esse evento foi realizada a divulgação da pesquisa e solicitada à participação dos coordenadores municipais de 117 municípios que concordaram no preenchimento do questionário.

O coordenador municipal das ações de alimentação e nutrição é o profissional de nível superior ou médio designado pelo secretário municipal de saúde para acompanhar as ações de alimentação e nutrição a nível municipal.

Como forma de explicação do questionário foi elaborado um roteiro para dirimir as possíveis dúvidas quanto as questões propostas (Apêndice 1). Após a entrega dos questionários a cada representante dos 117 municípios participantes realizou-se uma leitura em conjunto para que fosse oportunizada a solução de dúvidas que por acaso pudessem surgir. Durante todo o tempo de aplicação do questionário a pesquisadora esteve disponível para auxiliar no que fosse necessário.

Os coordenadores das ações de alimentação e nutrição dos municípios participantes foram divididos por Coordenadoria Regional de Saúde – CRES, formando

21 grupos. Junto a cada um dos grupos, participava o coordenador das ações de alimentação e nutrição da respectiva CRES, para que pudessem discutir sobre as ações em seus territórios.

Dos vinte e um municípios sedes das Coordenadorias Regionais de Saúde - CRES foram pesquisados vinte, porque o representante do município sede da 10ª CRES, Limoeiro do Norte, não compareceu.

Conforme a classificação do IBGE, os municípios sedes de CRES se classificam como de médio e grande porte por apresentar maior porte geográfico e populacional e maiores recursos relacionados aos serviços ou atividades essenciais, assim considerados: saúde, educação, comércio, fornecimento de água, transporte, telecomunicação, entre outros.

Para o diagnóstico das ações foi realizada, além da aplicação dos questionários já referidos, pesquisa dos planos de adesão dos municípios contemplados com o Programa Saúde na Escola – PSE. Pesquisou-se sobre a inclusão das ações de alimentação e nutrição nestes planos, somando um total de 55 municípios.

A pesquisa dos projetos do PSE foi realizada diretamente nos planos disponibilizados pelo Núcleo de Atenção Primária/Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

Realizou-se também levantamento sobre os planos de saúde dos municípios participantes para conhecer as propostas relacionadas que contemplassem as ações de alimentação e nutrição.

A pesquisa dos planos municipais de saúde foi realizada diretamente nos planos disponibilizados pela Assessoria de Planejamento e Gestão da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

As cidades pesquisadas estão distribuídas por todo o território cearense, representando, portanto, a realidade do estado (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos municípios participantes da pesquisa por CRES. Ceará, 2010.

CRES	MUNICÍPIOS
1º CRES - Fortaleza	Aquiraz, Cascavel, Chorozinho, Eusébio, Fortaleza, Horizonte, Itaitinga, Ocara, Pacajus, Pindoretama
2º CRES - Caucaia	Apuiaries, Caucaia, Itapajé, Paracuru, Pentecoste, Paraipaba, São Gonçalo do Amarante, São Luís do Curu, Tejuçuoca
3º CRES - Maracanaú	Maracanaú, Pacatuba, Redenção
4º CRES - Baturité	Aratuba, Baturité, Mulungu
5º CRES - Canindé	Boa Viagem, Canindé, Caridade, Itaitinga, Madalena, Paramoti
6º CRES - Itapipoca	Itapipoca, Umirim
7º CRES - Aracati	Aracati, Beberibe, Fortim, Itaitinga
8º CRES - Quixadá	Banabuiu, Choró, Ibicuitinga, Pedra Branca, Quixadá, Quixeramobim, Senador Pompeu, Solonópole
9º CRES - Russas	Jaguaretama, Morada Nova, Palhano, Russas
10º CRES – Limoeiro	Potiretama
11º CRES – Sobral	Cariré, Forquilha, Ipu, Irauçuba, Pires Ferreira, Santana do Acaraú, Sobral, Uruoca, Varjota
12º CRES – Acaraú	Acaraú, Bela Cruz, Cruz, Gijoca, Itarema, Marco, Morrinhos
13º CRES _ Tianguá	Carnaubal, Guaraciaba do Norte, Ibiapina, São Benedito, Tianguá, Ubajara,
14º CRES - Tauá	Parambú, Tauá
15º CRES – Crateús	Ararendá, Crateús, Independência, Ipaporanga, Ipueiras, Monsenhor Tabosa, Nova Russas, Quiterianópolis
16 CRES – Camocim	Barroquinha, Camocim, Chaval, Granja, Martinópolis
17 CRES - Icó	Baixio, Cedro, Icó, Ipaumirim, Orós, Umari
18º CRES - Iguatu	Acopiara, Iguatu
19º CRES – Brejo Santo	Abaiara, Barro, Brejo Santo, Jati, Milagres, Pena Forte, Porteiras
20º CRES - Crato	Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Ararendá, Campos Sales, Farias Brito, Potengi, Salitre, Santana do Cariri, Tarrafas, Várzea Alegre
21º CRES - Juazeiro	Caririaçu, Granjeiro, Jardim, Juazeiro

Após essa descrição do processo de construção do diagnóstico que se constituiu em objeto deste estudo, apresentamos de forma sucinta as duas fases seguintes de elaboração de políticas públicas, de acordo com o que é proposto no documento elaborado pelo MS.

Depois da primeira fase temos o aperfeiçoamento da proposta, o que se constitui na segunda fase de elaboração da política, nesse momento o documento base deve ser submetido à discussão pública por meio de eventos programados por um grupo de

trabalho (GT) formado por técnicos e especialistas, de forma a garantir a ampla discussão da proposta.

A organização dessa fase prevê a participação dos representantes dos setores e instituições de interesse na política proposta em oficinas nas quais o documento base será apreciado e discutido de forma ampla e democrática e revistos os pontos necessários. Após o consenso dos participantes, o GT fará o aperfeiçoamento proposto e terá o documento que deverá ser apreciado nas 21 comissões intergestoras bipartites das coordenadorias regionais de saúde, que também poderão acrescentar/modificar a proposta juntamente com o GT.

No caso da PEAN-CE consideramos como essencial a participação da Secretaria de Saúde do Estado, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), GT, Conselho Estadual de Segurança Alimentar (CONSEA), entidades dos trabalhadores nutricionistas (Conselho Regional de Nutrição, Associação e Sindicato), representante do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) no Ceará, Fórum Cearense de Segurança Alimentar e Nutricional, outras representações da sociedade civil com envolvimento na área nutricional, a exemplo da Pastoral da Criança.

Finalmente na última etapa proposta pelo MS temos a fase da legitimação, o que no caso da PEAN-CE constitui-se no envio da versão final da política para apreciação na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e em seguida no Conselho Estadual de Saúde, onde a proposta deve ser exposta pelo representante da Área Técnica de Alimentação e Nutrição com o apoio do representante da Coordenadoria de Políticas de Atenção à Saúde.

Após essa etapa a política formulada estará pronta para o referendo do secretário de saúde por meio de ato oficial. O documento aprovado é, então, publicado e divulgado.

4. DIAGNÓSTICO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ.

4.1 – As ações de alimentação e nutrição no contexto da atenção primária em saúde

A Organização Mundial de Saúde por meio da Declaração de Alma-Ata reconheceu que a atenção primária “reflete e evolui a partir de condições econômicas e características políticas e socioculturais de um país e suas comunidades” Alma Ata, (1978). Reconhece, também, Basch (1990) a atenção primária à saúde como uma “porção integral, permanente e onipresente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países, não sendo apenas uma coisa a mais”.

A conferência de Alma Ata considera, ainda, que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram educação e saúde; saneamento ambiental, especialmente da água e dos alimentos; programa de saúde materno infantil, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamento essencial; promoção da boa nutrição; e medicina tradicional Alma Ata, (1978).

Nesse sentido, a atenção primária em saúde pode-se constituir em medida de alta relevância para o desenvolvimento social de um país, quando atua de maneira oportuna e evita a referência de casos, ou mesmo a procura direta aos níveis de média e alta complexidade do sistema de saúde, sabidamente mais escassos e onerosos. Dessa forma, fortalecer e qualificar o cuidado nutricional no âmbito da atenção primária é uma forma mais econômica, ágil, sustentável e eficiente de prevenir a ocorrência de novos casos de obesidade e doenças associadas à má alimentação, do que referenciá-los para o atendimento hospitalar, num futuro próximo, em decorrência de suas complicações (STARFIELD, 2004).

Diante da importância revelada, pelos autores acima citados, da alimentação e nutrição na Atenção Básica, decidiu-se por analisar os resultados que compõem o presente diagnóstico tomando com base a lógica da Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde – Série A Normas e Manuais Técnicos (BRASIL, 2008), as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Política de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção da Saúde.

A “Matriz das ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde” traz nos seus propósitos a afirmação de que as ações de alimentação e nutrição na atenção primária tanto contribuirá para a qualificação como a garantia da integralidade da atenção à saúde prestada a população brasileira (BRASIL, 2008).

A situação brasileira representada pela dupla carga de doenças, como se encontra na Matriz, é a razão que justifica a incorporação das ações de alimentação e nutrição no contexto da atenção primária em saúde em geral e, em particular, da Estratégia da Saúde da Família (BRASIL, 2008).

A afirmativa se aplica ao Brasil no sentido de que a adoção de políticas públicas que contribuam para mudar o quadro de dupla carga de doenças em que se encontra hoje o país, caracterizado pela transição nutricional, torna-se imperativa.

Na construção da matriz consideraram-se, previamente, alguns elementos e conceitos estratégicos e de cunho organizacionais, o que resultou nos pressupostos conceituais e organizacionais da matriz (BRASIL, 2008).

O primeiro pressuposto da matriz considera o olhar as ações na perspectiva do curso da vida. Identifica quem é o sujeito da ação: indivíduo, família ou a comunidade. Orienta sobre o que deve acontecer em nível de gestão, o que deve ser planejado e organizado.

Esses elementos e conceitos estratégicos abordados na Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde e as diretrizes estabelecidas na PNAN são aqui considerados para que se possam avaliar as ações de alimentação e nutrição que são desenvolvidas no Estado do Ceará, no âmbito da Atenção Primária de Saúde.

Dá início ao questionário indagações sobre: estímulo às ações intersetoriais de modo geral, desenvolvidas na atenção básica, em parceria com a Estratégia Saúde da Família - ESF com vistas ao acesso universal aos alimentos; ações intersetoriais com a educação, instituições religiosas e ONG e OSCIP. Levanta questões sobre parcerias entre os setores de trabalho/emprego e produtivo; ações voltadas para garantia da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto; questões sobre o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população; as ações de promoção

de hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis e a criação de ambientes favoráveis que promovam a Promoção da Alimentação Saudável – PAS; ações para reorientação dos serviços de saúde; sobre o monitoramento dos programas de suplementação de micronutrientes; ações para prevenção, controle e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis – DCNT; ações voltadas para linhas de investigação e ações voltadas para o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

A segunda parte do questionário traz investigações sobre as ações de alimentação e nutrição nos níveis de atenção de média e alta complexidade, relacionadas: à terapia nutricional hospitalar e domiciliar/ambulatorial; atendimento, avaliação e acompanhamento de grupos específicos e sobre a existência de programa para dispensação de fórmulas alimentares industrializadas no âmbito do SUS.

Quanto a segunda parte do questionário os parâmetros utilizados para avaliar essas atividades são escassos. Iniciativa foi tomada recentemente entre a CGPAN e o Departamento de Média e Alta Complexidade para discussão e elaboração da portaria sobre alta complexidade em terapia nutricional. Não tendo, até o momento, nenhuma publicação nesse sentido.

Os primeiros questionamentos encontram-se em consonância com a primeira diretriz da PNAN:

“na condição de detentor dos dados epidemiológicos relativos aos aspectos favoráveis e desfavoráveis da alimentação e nutrição, em âmbito nacional, o setor saúde deverá promover ampla articulação com outros setores governamentais, a sociedade civil e o setor produtivo, cuja atuação esteja relacionada a determinantes que interferem no acesso universal aos alimentos de boa qualidade” (BRASIL, 1999a, p. 19).

Revela, ainda, essa diretriz, que as ações intersetoriais deverão ocorrer:

“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” (BRASIL, 1999a, p. 19).

4.1.1 Ações desenvolvidas em parceria com a Estratégia Saúde da Família

No primeiro bloco de perguntas apresentadas no questionário temos o diagnóstico das ações desenvolvidas em parceria com ESF, com os setores de educação, instituições religiosas, Organizações não Governamentais (ONGS) e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), trabalho, emprego e produtivo, e com a sociedade civil. Voltadas essas ações para a garantia da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto.

Quanto a parceria com a ESF, dos 117 municípios pesquisados, 93 (79,4%), responderam que capacitam seus Agentes Comunitários de Saúde – ACS (Tabela 2) em temas relacionados à alimentação e nutrição. Destes, 72 (61,5%) em assuntos relacionados às fases do curso da vida; 62 (53%) por situação de saúde e 12 (10,2%) em outros temas, como: condicionalidades e agenda de compromissos do Programa Bolsa Família - PBF, e os programas implementados na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, da qual foram citados os programas de suplementação de ferro e vitamina A, promoção da alimentação saudável.

Essas capacitações acontecem, em sua maioria, 68 (58,1%) na Unidade Básica de Saúde (UBS); 09 (7,7%) na escola; 03 (2,5%) no hospital municipal; 05 (4,2) nos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, Igrejas e Secretarias Municipais de Saúde dos municípios pesquisados. Trinta e dois municípios (27,3%) não responderam.

Tabela 2. Ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família – Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde. Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas			Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Outros	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	72	62	12	68	03	09	05
%	61,5	53	10,2	58,1	2,5	7,7	4,2

Quanto à avaliação e acompanhamento do estado nutricional das famílias, 112 (95,7%) afirmaram realizar essa atividade (Tabela 3), onde: 102 (87,2%) realizam o

acompanhamento por fase do curso da vida; 72 (61,5%) por situação de saúde, e 06 (5,1%) acompanham os hipertensos e diabéticos cadastrados.

Esses atendimentos acontecem nos municípios: 106 (90,5%) na UBS; 13 (11,1%) nas escolas e 11(9,4%) nos hospitais municipais, 05 (2,7%) assinalaram realizar essa atividade em outros locais, mas não descreveram os locais. Somente um município citou o CRAS.

Tabela 3. Ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família – avaliação e acompanhamento do estado nutricional das famílias. Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas			Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Outros	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	102	72	06	106	11	13	05
%	87,2	61,5	5,1	90,5	9,4	11,1	2,7

Quando comparamos os dados acima apresentados com as informações contidas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN WEB) (BRASIL, 2010b) sobre o número de municípios que registram esses dados encontramos que 87 (47,3%) dos municípios informam dados para o indicador peso x idade para as crianças (0 a 10 anos); 82 (44,5%) informam o indicador altura x idade e 83 (45,1) o Índice de Massa Corporal (IMC) para adolescentes; 94 (51%) dos municípios que acompanham a população adulta informam o IMC; 56(30,4%) informam o IMC do idoso e 62(33,7%) dos municípios informaram o IMC por semana gestacional para gestante (Brasil, 2010b).

Percebe-se pela análise dos dados acima apresentados que há uma baixa cobertura do SISVAN no Ceará, embora já seja regulamentada a obrigatoriedade do sistema informatizado de vigilância alimentar e nutricional no arcabouço legal do SUS como uma das suas atribuições específicas – Portaria nº 080 –P de 1990; Lei nº 8080 de 1990; Lei nº 11.346 de 2006 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1999; BRASIL, 2006d).

Lang e Ribas (2011) ressaltam a importância do reconhecimento legal do SISVAN, tendo em vista o seu caráter epidemiológico, como instrumento com potencialidade para se construir indicadores que sinalizem aspectos favoráveis e

desfavoráveis relativos à alimentação e à nutrição, bem como apontar fatores e processos determinantes da questão.

Serão necessários esforços no sentido de garantir a cobertura do SISVAN em todos os municípios do Ceará e sensibilizar e capacitar os profissionais do setor saúde para ampliar a cobertura desse programa para além de crianças e gestantes, alcançando, assim, a população de adolescentes, adultos e idosos, fato primordial para efetivar o monitoramento nutricional no âmbito do SUS.

O Ministério da Saúde realizou, no período de 07 de setembro a 12 de novembro de 2009, uma pesquisa junto às Secretarias Municipais de Saúde para levantar informações acerca das atividades educativas relacionadas à alimentação saudável e nutrição desenvolvida nos serviços de saúde local. A pesquisa teve como propósito avaliar as potencialidades dos municípios e subsidiar futuras ações de promoção da alimentação saudável na rede básica de saúde.

As conclusões deste estudo apontam para o elevado percentual de municípios que desenvolvem ações relacionadas à temática. As atividades são realizadas com o envolvimento de profissionais de diferentes categorias, com outras áreas e parceiros locais. É fato relevante a condução dessas atividades por nutricionistas, refere à pesquisa (BRASIL, 2010c).

As temáticas mais trabalhadas são o aleitamento materno e as doenças crônicas não transmissíveis. O avanço das ações educativas para além das unidades de saúde, principalmente para as escolas e espaços comunitários, também, são mencionados (BRASIL, 2010c).

As atividades educativas desenvolvidas no Ceará foram relacionadas por 110 municípios (94,0%) (Tabela 4).

Tabela 4. Ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família – atividades educativas. Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas			Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Outros	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	79	71	06	76	06	32	04
%	67,5	60,6	5,1	64,9	5,1	27,3	2,2

Neste primeiro bloco de dados levantados fica claro que os municípios, na sua maioria, desenvolvem ações de alimentação e nutrição em parceria com a ESF. As ações realizadas, em sua maior parte, são a avaliação e acompanhamento do estado nutricional das famílias, seguida das atividades educativas e, por último, a capacitação do agente comunitário de saúde.

Em relação ao monitoramento do estado nutricional, os dados levantados no SISVAN no Ceará mostre uma baixa cobertura desse sistema. Será necessário sensibilizar e capacitar os profissionais da ESF e dos NASF, gestores da saúde e coordenadores da Atenção Básica para organização e funcionamento do SISVAN nos municípios.

Um dos propósitos enumerados pela matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica é de que:

“... a incorporação progressiva e organizada do cuidado nutricional promova uma abordagem transversal das questões nutricionais nas etapas do curso da vida e resulte em impacto positivo nos indicadores de nutrição, saúde e segurança alimentar e nutricional” (BRASIL 2008, p. 5).

Os dados do SISVAN são de domínio público e podem ser consultados com agregações do nível municipal ao nacional. Os dados disponibilizados pelo sistema poderão ser utilizados em todas as esferas de governo para auxiliar na elaboração de políticas de alimentação e nutrição e de segurança alimentar e nutricional. De acordo com a CGPAN – MS, atualmente, 5.438 municípios informam dados de antropometria e 1.278 informam dados de consumo alimentar (BRASIL, 2010b).

O Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição non SUS traz como proposta que a garantia da implantação do SISVAN de forma intersetorial, permitirá que os gestores de programa de SAN e da rede de hospitais públicos e privados possam efetivar o diagnóstico nutricional em diferentes âmbitos de atuação (BRASIL, 2010c).

4.1.2 Ações desenvolvidas em parceria com: secretaria municipal de educação, instituições de ensino, instituições religiosas, ONGS e OSCIP, trabalho, emprego e setor produtivo, e sociedade civil, ações intersetoriais e informativas.

No que se refere à reorganização da merenda escolar, subentende-se ações de educação nutricional com os estudantes, que façam o resgate da cultura alimentar local; aquisição de alimentos para a merenda escolar, da produção local, agrícola, da pecuária e de pequenos animais.

O Programa Saúde na Escola (PSE), lançado em setembro de 2008, é resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação que tem o objetivo de reforçar a prevenção à saúde dos alunos brasileiros e construir uma cultura de paz nas escolas públicas (BRASIL, 2008).

O PSE está estruturado em quatro blocos. O primeiro consiste na avaliação das condições de saúde, envolvendo estado nutricional, incidência precoce de hipertensão e diabetes, saúde bucal (controle de cárie), acuidade visual e auditiva e, ainda, avaliação psicológica do estudante. O segundo trata da promoção da saúde e da prevenção, que trabalhará as dimensões da construção de uma cultura de paz e combate às diferentes expressões de violência, consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Também neste bloco há uma abordagem à educação sexual e reprodutiva, além de estímulo à atividade física e práticas corporais (BRASIL, 2008).

O PSE no Ceará, inicialmente estava presente em 55 municípios, e o critério de inclusão dos municípios no programa foi o baixo desempenho no Índice de Desenvolvimento Humano – IDH. Para aprovação do PSE o município teria que apresentar um Plano de Ação. Pesquisados esses planos, observou-se que vinte e seis municípios, dos 55 inicialmente contemplados com o programa, enumeraram ações de alimentação e nutrição.

Em novembro de 2010 foi publicada a Portaria Interministerial Nº 3.696, de 25 que aumenta o número de municípios contemplados no Ceará. Esse número passou a ser 162, ou seja, hoje 88% dos municípios cearenses são beneficiados com o PSE.

É preciso que as áreas técnicas de alimentação e nutrição e de saúde do adolescente da SESA estreitem a parceria entre si e estabeleçam parceria com os municípios contemplados pelo PSE, o que possibilitará a inclusão dos temas

relacionados à alimentação e nutrição desse Programa e a extensão da cobertura das ações de alimentação e nutrição para esse público. A tabela 5 demonstra as ações realizadas no âmbito do PSE.

Tabela 5. Ações de alimentação e nutrição em parceria com Secretaria Municipal de Educação/Instituições de ensino. Ceará, 2010.

Ações	Nº	%
Reorganização da merenda escolar	39	33,3
Campanhas sobre alimentação saudável entre os escolares	41	35,0
Programa saúde nas escolas	59	50,4
Outros	03	1,6

O planejamento integrado entre a saúde e a educação servirá para promover a articulação dos profissionais da educação com a rede básica de saúde. O PSE apresenta-se como estratégia para o alcance desse resultado.

Na Tabela 6 são relacionadas ações de alimentação e nutrição desenvolvidas em parceria com Instituições Religiosas. Dos municípios pesquisados, 14 (11,9%) desenvolvem ações de aquisição e distribuição de alimentos, em sua maioria, em parceria com a Pastoral da Criança; 07(5,9%) trabalham na construção de hortas e/ou cozinhas comunitárias, com a ajuda dessas instituições; 19 (16,2%) capacitam à comunidade em temas relacionados à alimentação e nutrição. Seis municípios (5,1%) referiram participar de ações solidárias com palestras sobre Promoção da Alimentação Saudável – PAS, Projeto Cozinha na Comunidade e ministram palestras de educação nutricional para prevenção de cáries em conjunto com o Programa de Saúde Bucal.

Tabela 6. Ações de alimentação e nutrição desenvolvidas em parceria com instituições religiosas. Ceará, 2010.

Ações	Nº	%
Aquisição e distribuição de alimentos	14	11,9
Hortas e/ou cozinhas comunitárias	07	5,9
Capacitação da comunidade	19	16,2
Outros	06	5,1

O item capacitação da comunidade é o mais citado e reflete o alcance da equipe multidisciplinar, a exemplo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, em

promover essas atividades. Entretanto a limitação de recursos (físicos, financeiros, humanos) reduz tais ações ao modelo tradicional que é o de promover palestras.

A essencialidade das ações de Educação Alimentar e Nutricional – EAN, para a promoção da alimentação saudável é a ação comunicativa em nutrição (BRASIL, 2010c). Estão inseridas nessas ações as de promoção da alimentação saudável defendidas na Política de Promoção da Saúde como um dos seus principais eixos.

As ações em parceria com ONGS e OSCIPS, acontecem de maneira muito discreta (Tabela 7). Somente 10 (8,5%) dos municípios estabelecem convênios para elaboração de projetos de alimentação e nutrição com essas entidades; 16 (13,6%) integram os programas de alimentação e nutrição com outras ações sociais, a exemplo a distribuição de alimentos por meio dos Bancos de Alimentos e das Cozinhas Comunitárias; e a inserção do tema alimentação e nutrição em ações desenvolvidas por esses organismos, só acontece em 08 (6,8%) dos municípios. Oitenta (68,4%) dos municípios não responderam.

Tabela 7. Ações de alimentação e nutrição em parceria com ONGS e OSCIPS. Ceará, 2010.

Ações	Nº	%
Realização de convênios para incentivar projetos de alimentação e nutrição	10	8,5
Integração dos programas de alimentação e nutrição com outras ações sociais	16	13,6
Inserção do tema alimentação e nutrição em ações desenvolvidas por estes organismos	08	6,8
Outros	03	2,5

O reduzido número de ações desenvolvidas em parceria com as ONG e OSCIP deve-se, talvez, a redução no número de crianças desnutridas hoje no Estado. Sabe-se que essas instituições tinham como proposta principal acompanhar as crianças desnutridas e suas famílias.

Mais uma vez ressalta-se aqui a importância da elaboração da política estadual de alimentação e nutrição para que essa possa nortear ações mais condizentes com a realidade atual.

A Tabela 8 demonstra as ações desenvolvidas em parceria com os setores de trabalho/emprego e produtivo estão disposta da seguinte maneira: 03 (2,5%) dos municípios desempenham ações de alimentação e nutrição na reorganização do setor

produtivo. Os municípios, em sua maioria 57 (48,7%), desenvolvem parceria entre ações relacionadas ao incentivo à agricultura familiar e/ou pequeno produtor, vale ressaltar que o programa citado por cem por cento dos municípios pesquisados, nessa parceria, foi o Programa de Aquisição de Alimentos – PAA.

O PAA é um programa inovador que faz o resgate da agricultura familiar. O maior número de municípios que afirmam desenvolver ações em parceria com esse programa se deve o avanço na regulamentação da aquisição de alimentos pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

No Ceará o PAA é resultado da parceria entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e a Secretaria de Desenvolvimento Agrário – SDA, com duzentas (200) entidades sócias assistenciais atendidas; novecentos e setenta e oito agricultores (as) familiares participantes; 19.979 famílias beneficiadas e duas mil toneladas de alimentos distribuídas (CEARÁ, 2010a).

Cinco municípios (4,3 %) articulam as ações de alimentação e nutrição ao Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT. Ainda, 03 (2,5%) dos municípios guardam parcerias com os projetos relacionados, e realizam oficinas com os agricultores familiares sobre os efeitos dos agrotóxicos sobre a saúde do homem.

O número reduzido de indústrias no interior do Estado, e a concentração dessas na região metropolitana, é o fator que explica esse quadro de reduzido número de atividades relacionadas à alimentação e nutrição desenvolvidas com os trabalhadores do setor da indústria.

O Serviço Social da Indústria – SESI, com sede em Fortaleza, desenvolve um trabalho de educação em saúde onde contempla temas de alimentação e nutrição e, também, por meio do Programa Cozinha Brasil, oferece curso com duração de dez horas sobre o aproveitamento integral dos alimentos, formando parcerias com empresas, escolas, associações, prefeituras, instituições religiosas e órgãos governamentais e não governamentais, para a capacitação dos seus profissionais.

Tabela 8. Ações de alimentação e nutrição em parceria com os setores de trabalho/emprego e produtivo. Ceará, 2010.

Ações	Nº	%
Reorganização do sistema produtivo	03	2,5
Incentivo à agricultura familiar e/ou ao pequeno produtor	57	48,7
Articulação com o Programa de Alimentação do Trabalhador	05	4,3
Outros	03	2,5

Questões foram levantadas sobre ações desenvolvidas em parceria com a sociedade civil. Parte dos municípios respondeu: 40 (34,2%) participam do Conselho Municipal de Saúde, 29 (24,8%) prestam incentivos às ações de alimentação e nutrição junto à comunidade e 10 (8,5%) articula-se com entidades da sociedade civil. Dentre elas, associações de produtores rurais e sindicatos existentes nos municípios pesquisados, e outra parte, 09 (7,7%), referiu participar do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA Municipal, e ainda, do Conselho de Alimentação Escolar – CAE e da Comissão pró-selo UNICEF (Tabela 9).

Embora a maioria dos municípios pesquisados tenha assinalado participação no Conselho Municipal de Saúde, após análise do Plano Municipal de Saúde desses e de outros instrumentos de gestão que dispõem a saúde, como: Plano Plurianual, Termo de Gestão e da Programação Pactuada e Integrada, percebeu-se a ausência de propostas de incorporação das ações de alimentação e nutrição (pesquisa realizada Núcleo de Assessoria e Planejamento da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará).

Tabela 9. Ações de alimentação e nutrição em parceria com a Sociedade Civil. Ceará, 2010.

Ações	Nº	%
Participação no Conselho Municipal de Saúde	40	34,2
Incentivo às ações de alimentação e nutrição junto à comunidade	29	24,8
Articulação com entidades da sociedade civil	10	8,5
Outros	09	7,7

4.1.3 Ações de alimentação e nutrição e a garantia da qualidade dos alimentos e dos serviços prestado neste contexto.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é composto pelos órgãos de vigilância sanitária de 25 estados e o Distrito Federal. Avanço na ampliação dos serviços de vigilância dos alimentos têm se consolidado. Dentre eles são importantes enumerar: o Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos – PARA; a rotulagem nutricional nos alimentos por meio das publicações das RDC nº 359 e 360, de 23 de dezembro de 2003. A criação da Agenda Regulatória, a Câmara Setorial de Alimentos – CSA; Acordo de Cooperação firmado entre o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação – ABIA; maior integração com o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC; a revisão da regulamentação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância e por fim a regulamentação sobre oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas, sendo essa uma das principais medidas de proteção com impactos reconhecidos na mudança de hábitos alimentares da população.

As ações de garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e a prestação de serviço neste contexto estão previstas na segunda diretriz da PNAN que:

“se constituem em 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” (BRASIL, 1999a, p.19).

Para as ações de vigilância sanitária, 85 (72,6%) dos municípios contam com um Centro de Vigilância Sanitária atuante; 81 (69,2%) realizam ações de fiscalização e inspeção sanitária de supermercados, feiras e restaurantes; 29 (24,7%) cumprem fiscalização e inspeção sanitária de indústrias alimentícias; 47 (40,1%) atuam na fiscalização e inspeção sanitária da produção de alimentos; 38 (32,5%) executam ações de controle sanitário (liberação de registro de produtos); 62 (52,9%) coletam amostras de alimentos para análise e 05 (4,3%) na maioria, coletam amostras de água utilizada para o consumo humano para análise.

Na opção outros 05 (4,3%) municípios enumeraram ações como: laudo e inspeção dos produtos destinados à merenda escolar e capacitação de pequenos e

médios produtores de alimentos processados oriundo da agricultura familiar (Tabela 10).

Tabela 10. Ações de alimentação e nutrição para a garantia da qualidade dos alimentos – vigilância sanitária. Ceará, 2010.

Ações	Nº	%
Existência de um Centro de Vigilância Sanitária atuante	85	72,6
Fiscalização e inspeção sanitária de supermercados, feiras e restaurantes.	81	69,2
Fiscalização e inspeção sanitária de indústrias alimentícias	29	24,7
Fiscalização inspeção sanitária da produção de alimentos	47	40,1
Ações de controle sanitário (liberação de registro de produtos)	38	32,5
Coleta de amostras de alimentos para análise	62	52,9
Outros	05	4,3

De acordo com o Núcleo de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, os cento e oitenta e quatro municípios do Estado são autônomos para execução das ações de vigilância em seus territórios e que as ações compete ao nível central o monitoramento das grandes indústrias aqui instaladas.

O questionário faz referência, ainda, as ações intersetoriais e informativas. Dos 117 municípios pesquisados, 13 (11,1%) desenvolvem ações em parceria com órgãos de proteção do consumidor; 12 (10,2%) estabelecem articulação com entidades da sociedade civil (sindicatos, associações e pastoral da criança). Articulação com o setor produtivo – 08 (6,8%), a exemplo, Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Ceará - EMATERCE, pequenos produtores rurais, queijeiros, entre outros. E, na sua maioria, 35 (29,9%) desenvolvem estratégias para divulgação de informações relevantes à população.

O meio de comunicação mais mencionado, para implementação dessa ação, foi as rádios comunitárias existentes nos municípios.

Esse resultado se deve ao fato de ser esse um meio de comunicação de fácil acesso, de largo alcance e de está presente em cem por cento dos municípios cearenses (Tabela 11).

Tabela 11. Ações de alimentação e nutrição - Intersectoriais e Informativas. Ceará, 2010.

Ações	Nº	%
Ações e parceria com órgãos de proteção do consumidor	13	11,1
Articulação com entidades da sociedade civil	12	10,2
Articulação com entidades do setor produtivo	08	6,8
Desenvolvimento de estratégias para divulgação de informações relevantes à população	35	29,9
Outros	02	1,7

4.1.4 Monitoramento da situação nutricional e alimentar da população

A terceira diretriz da PNAN, sobre monitoramento da situação alimentar e nutricional, tem como propósito

“... no âmbito da rede de serviços, incorporar às rotinas de atendimento e 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” (BRASIL, 1999a, p. 20).

Traz, ainda, essa diretriz o SISVAN como:

“... suporte para o desenho e ajuste de programas, a atualização contínua e a análise sistemática de informações concernentes à situação alimentar e nutricional do País, produzindo, assim, o desejado feedback entre informação, ação e avaliação de resultados” (BRASIL, 1999a, p. 20).

Quanto às ações voltadas para o monitoramento da situação nutricional, os municípios pesquisados os dados estão demonstrados na tabela 12.

Apresenta-se o quadro a seguir: 117 (100,0%) cumprem com o acompanhamento das famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família – PBF. O acompanhamento por fases do curso da vida acontece da seguinte maneira: 116 (99,1%) dos municípios acompanham todas as crianças menores de um ano; 106 (90,5%) de todas as crianças em fase pré-escolar; 96 (82,0 %), todas as crianças em fase escolar; 92 (78,6%) dos adolescentes; 111 (94,9%) das gestantes e 56 (47,8%) dos idosos.

O acompanhamento acontece, em sua maioria, 83 (70,9%) na UBS; 08 (6,8%) nas escolas; 02 (1,7%) no hospital e 04 (3,4%) responderam outros locais, tais como na Secretaria Municipal de Saúde - SMS, no CRAS, na Casa do Idoso e nos domicílios.

A atuação do setor saúde junto às famílias mais pobres assistidas pelos programas de transferência de renda exige a qualificação dos serviços de saúde em direção à promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção de deficiências nutricionais destes grupos (BRASIL, 2010c).

Para o Programa Bolsa Família as condicionalidades a serem cumpridas na saúde correspondem ao acompanhamento dos cuidados básicos de saúde para as populações: crianças menores de sete anos, gestantes e mulheres em idade fértil.

No estado do Ceará, do primeiro semestre de 2005 (início do acompanhamento), até o primeiro semestre de 2010, o número de famílias a serem acompanhadas passou de 516.809 para 784.852 (BRASIL, 2010 d).

Nesta 1ª vigência de 2010 (1º semestre) foram acompanhadas, 585.359 famílias beneficiárias com perfil saúde, representando um percentual de 74,58% de cobertura, ficando essa cobertura acima da meta pactuada pelo Ministério da Saúde – MS, que é de 70%. Foram acompanhadas 312.647 (75,12%) crianças, sendo que 99,46% estavam com o calendário vacinal em dia e 8.104 gestantes, das quais 99,70% estavam com o pré-natal em dia (BRASIL, 2010d).

Dessas crianças, 267.687 foram avaliadas para o indicador peso x idade com os resultados: 1% (4.247) com peso muito baixo para idade; 4,2% (11.205) com peso baixo para idade; 85,6% (229.238) com peso adequado e 8,6% (22.996) com peso elevado para idade (BRASIL, 2010d).

E para o indicador altura x idade: 6,6% (17.559) altura muito baixa para idade; 8,5% (22.773) com altura baixa para idade e 84,9% (227.357) com altura adequada para idade (BRASIL, 2010d).

Quando se avalia a curva de distribuição normal para peso idade da OMS conclui-se que, para essa faixa etária o percentual de sobrepeso deveria ser de 3% e para obesidade de 0,1% (BRASIL, 2010b).

Os resultados acima mostram o aumento considerável da obesidade para esse público reconhecido como de maior vulnerabilidade no Ceará. A comparação de resultados de duas pesquisas domiciliares realizadas pelo IBGE nas primeira e segunda metade da década de 2000 (Pesquisa de Orçamento Familiar - POF, 2003 e 2009) evidenciou o explosivo aumento da obesidade no Brasil, em apenas seis anos. Conforme

os resultados divulgados em 2009 para cada três crianças na faixa de 5-9 anos havia uma criança acima do peso recomendado pela OMS, enquanto o *déficit* de altura entre os meninos caiu de 29,3% para 7,2% no período entre 1974 e 2009, enquanto entre as meninas no mesmo período o declínio foi de 26,7% para 6,3% (BRASIL, 2010e).

As mudanças no estilo de vida, e em especial na alimentação e atividade física podem ter contribuído para esse resultado. Quanto à alimentação o aumento do consumo de alimentos industrializados resultado dos baixos custos desses, bem como a produção de alimentos industrializados ricos em açúcares, gorduras e sal também contribuíram para produção dessa realidade.

Tabela 12. Monitoramento da situação nutricional da população – acompanhamento das famílias do PBF. Ceará 2010.

Ações	Nº municípios	%
Organizadas		
Criança (< 02 anos)	116	99,1
Criança (fase pré-escolar)	106	90,5
Criança (fase escolar)	96	82
Adolescente	92	78,6
Gestante	111	94,9
Idoso	56	47,8
Outros	06	3,2
Desenvolvidas		
UBS	83	70,9
Hospitais	02	1,7
Escola	08	4,3
Outros	04	2,1

A Chamada Nutricional é uma pesquisa genuinamente brasileira, cuja estratégia de realização é vinculá-la às Campanhas de Imunização de Poliomielite (Programa Nacional de Imunizações, da Secretaria de Vigilância em Saúde), que permitem uma mobilização para fins de atitude de vigilância dos estados e principalmente dos municípios sobre a importância do acompanhamento do crescimento infantil. Além disso, permite a obtenção de informações sobre indicadores antropométricos e indicadores de consumo em crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2006e).

A Chamada Nutricional do Semiárido Brasileiro aconteceu em 2005 e apontou como principais resultados: prevalência de deficiência de peso para idade – 5,6%; prevalência de deficiência de peso para estatura – 2,8; prevalência de deficiência de estatura para idade 6,6% (BRASIL, 2006e).

No Ceará, a pesquisa encontrou prevalência de deficiência de peso para idade igual a 5%; prevalência de deficiência de peso para estatura 2,4%; e prevalência de deficiência de estatura para idade 8,6 (BRASIL, 2006e).

Do total de municípios, 45 (24,4%) realizam ou realizaram Chamada Nutricional em datas pontuais, com distribuição do público alvo: 32 (27,3%) crianças menores de 2 anos; 23 (19,6%) crianças em fase pré-escolar; 16 (13,7%) crianças em fase escolar; 12 (10,2%) com adolescente; 24 (20,5%) com gestantes e 12 (10,2%) com idosos (Tabela 13).

Esse evento acontece, também, em sua maioria, na UBS 30 (25,6%); 02 (1,7%) nas escolas, 01 (0,85%) no hospital e 03(2,5%) em outros locais como na SMS, Centro de Nutrição e nas sedes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Dos municípios pesquisados, quarenta e cinco (38,4%) responderam realizar a pesquisa em momentos oportunos e com os beneficiários do PBF, para atualização dos dados naquela vigência.

Tabela 13. Monitoramento da situação nutricional da população – chamadas nutricionais. Ceará, 2010.

Ações	Nº	%
Organizadas		
Criança (< 02 anos)	32	27,3
Criança (fase pré-escolar)	23	19,6
Criança (fase escolar)	16	13,7
Adolescente	12	10,2
Gestante	24	20,5
Idoso	12	10,2
Outro	03	2,5
Desenvolvidas		
UBS	30	16,3
Hospitais	01	0,85
Escola	02	1,1
Outros	03	2,5

A implementação do SISVAN, no contexto da consolidação da PNAN é preconizada para o alcance da terceira diretriz que estabelece:

Buscar 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 dos seus efeitos e a garantia da reversão ao quadro de normalidade (BRASIL, 1999a, p.21).

A terceira diretriz da PNAN ressalta ainda que “... 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” (BRASIL, 1999a, p.21)

O SISVAN é um instrumento da Política Nacional de Alimentação e Nutrição que apresenta duas vertentes: monitoramento do estado nutricional e do consumo alimentar dos usuários que procuram a rede básica de saúde do SUS.

Quanto à alimentação do sistema informatizado SISVAN no estado do Ceará: 102 municípios (55,4%) referiram à inserção de dados, com o acompanhamento distribuído: 95 (51,6%) crianças menores de um ano; 80 (43,4%) crianças em fase pré-escolar; 72 (39,1%) crianças em fase escolar; 66 (35,8%) adolescentes; 84 (45,6%) gestantes; 55 (29,8%) idosos e 03 (1,6%) realiza acompanhamento de hipertensos, diabéticos e puérperas (Tabela 14).

Como já foi comentada na Tabela 3, a alimentação do sistema informatizado *on line* SISVAN WEB, ainda é muito reduzida, havendo uma necessidade de uma maior cobertura, ou alcance da cobertura ideal de cem por cento dos municípios, promovendo o acompanhamento para todas as fases do ciclo de vida e para toda população.

Tabela 14. Monitoramento da situação nutricional da população – SISVAN. Ceará, 2010.

Ações	Nº	%
Organizadas		
Criança (< 02 anos)	95	81,2
Criança (fase pré-escolar)	80	68,4
Criança (fase escolar)	72	61,5
Adolescente	66	56,4
Gestante	84	71,8
Idoso	55	47
Outros	03	1,6
Desenvolvidas		
UBS	62	52,9
Hospitais	02	1,7
Escola	06	5,1
Outros	03	2,5

Neste bloco foram, também, feitos os questionamentos sobre realização de pesquisas científicas locais sobre o monitoramento da situação alimentar e nutricional em parceria com universidades e centro de referências.

Com tal parceria, apenas 04 municípios (2,2%) realizaram e os públicos estudados foram: crianças menores de 02 anos – 02 municípios – 1,7%; crianças em fase pré-escolar 01 (0,85%) e 01(0,85%) com idoso.

Dois municípios (2,5%) realizaram pesquisas locais sem parceria. O público alvo dessas pesquisas foram adolescentes e idosos.

Quanto às ações relacionadas ao monitoramento da situação alimentar da população, 49 (41,8%), o que corresponde a maioria dos municípios pesquisados, não desenvolvem essa ação; 31 (26,5%) implementam essa ação utilizando, como principal instrumento, os marcadores de consumo alimentar do SISVAN WEB (Tabela 15).

Os marcadores de consumo alimentar tem por fim caracterizar o perfil alimentar da população brasileira, em conjunto com outros indicadores do SISVAN, subsidiando ações para o incentivo à prática do aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida e à adoção de práticas alimentares saudáveis durante toda a vida BRASIL (2010f).

A alimentação do SISVAN WEB, no que diz respeito a sua vertente de consumo alimentar, avaliação realizada no mês de dezembro de 2010 mostra que somente cinco municípios do estado do Ceará inseriram dados sobre consumo alimentar da sua população.

Tabela 15. Monitoramento da situação alimentar da população – marcadores do consumo alimentar – SISVAN WEB. Ceará, 2010.

SITUAÇÃO	Nº de municípios que alimentam o sistema	%
SIM	31	26,5
NÃO	49	41,8
NÃO RESPONDEU	37	31,6

O SISVAN constitui-se como uma fonte de informações em nutrição no âmbito do SUS, atualmente, ele fornece indicadores de alimentação e nutrição para o

monitoramento do Pacto pela Saúde e na proposta do novo Plano Nacional de Saúde, portanto o fortalecimento dos indicadores contidos nesse sistema e suas fontes evidencia-se, também, com a inclusão desses na matriz de indicadores da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa).

4.1.5 Ações de alimentação e nutrição e a promoção de hábitos alimentares e estilos de vidas saudáveis.

A quarta diretriz da PNAN fala sobre a promoção de práticas alimentares saudáveis e estilos de vida saudáveis. A política preconiza:

“... 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” (BRASIL, 1999a, p. 22).

A promoção de práticas alimentares saudáveis apresenta-se como um dos eixos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Apresenta-se, ainda, como uma das principais estratégias de saúde pública para o enfrentamento dos problemas atuais, relacionados à alimentação e nutrição, proporcionando uma abordagem integral da nutrição e contribuindo para a prevenção das doenças ocasionadas por deficiências de nutrientes e de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 1999a).

Para averiguar a implementação dessa diretriz, no quarto bloco de perguntas foram pesquisadas as ações de alimentação e nutrição voltadas para a promoção de hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis (Tabela 16).

Quanto às ações para criação de políticas públicas que promovam a Promoção da Alimentação Saudável – PAS encontramos o seguinte quadro: 43 (36,7%) tem política municipal de promoção da saúde; 24 (20,5%) tem política municipal de promoção da alimentação saudável; 10 (8,5%) estabelecem parceria com organismos não governamentais para a promoção da alimentação saudável.

As organizações mais citadas que foram parceria com a ESF são: Pastoral da Criança e o Fundo Cristão para Infância.

A articulação com a sociedade civil foi referida por 10 (8,5%) dos municípios, dentre elas aparecem os conselhos de saúde, educação e CONSEA municipal.

Articulação com comunidades para a promoção da alimentação saudável acontece em 20 (17,1%) dos municípios.

Articulação com o setor privado, 04 (3,4%), foram citados supermercados, e pequenas indústrias de processamento de alimentos.

A articulação com os meios de comunicação para a promoção da alimentação saudável foi citada por 34 (29,0%) dos municípios. Essa ação se dar por meio de espaços partilhados com as rádios comunitárias locais.

A Política Nacional de Promoção da Saúde tem como um dos seus principais eixos a promoção da alimentação saudável e são vistas essas ações como estratégias de produção de saúde que acontecem na Atenção Básica tendo como um dos seus lócus a escola (BRASIL, 2006a).

Tabela 16. Ações de alimentação e nutrição para promoção de hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis – políticas públicas para PAS. Ceará, 2010.

Ações	Nº	%
Existência de política municipal de promoção da saúde	43	36,7
Existência de política municipal de promoção da alimentação saudável	24	20,5
Articulação com organismos não governamentais para promoção da alimentação saudável	10	8,5
Articulação com universidades para a promoção da alimentação saudável	-	-
Articulação com instituições de pesquisa para a promoção da alimentação saudável	-	-
Articulação com a sociedade civil para a promoção da alimentação saudável	10	8,5
Articulação com comunidades para a promoção da alimentação saudável	20	17,1
Articulação com setor privado para a promoção da alimentação saudável	04	3,4
Articulação com meios de comunicação para a promoção da alimentação saudável	34	29
Outros	-	-

As ações para criação de ambientes favoráveis que promovam PAS foram pesquisadas, quanto: existência de programas locais que visem à criação de ambientes favoráveis, 06 (5,1%) dos municípios utilizam as cozinhas comunitárias e os restaurantes populares para o desenvolvimento dessa ação.

Implementação de ações previstas na Portaria 1010, de 08/05/2006 que estabelece PAS nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes pública e privada, em âmbito nacional, favorecendo o desenvolvimento de ações que promovam e garantam a adoção de práticas alimentares mais saudáveis no ambiente escolar. Dos municípios, 19 (16,2%) afirmaram a efetivação da portaria.

Quanto à implementação das ações previstas na Política Nacional de Promoção da Saúde, 19 municípios (16,2%) têm projetos financiados pelo Ministério da Saúde / MS.

Em relação ao monitoramento, fiscalização ou regulamentação da publicidade e promoção dos alimentos, 08 municípios (6,8%). Apenas um município respondeu que realiza atividades de monitoramento, fiscalização e regulamentação da redução do teor de gorduras, açúcares e sódio nos alimentos industrializados e comercializados em restaurantes e redes de *fast food* (Tabela 17).

Tabela 17. Criação de ambientes favoráveis que promovam a PAS, Ceará, 2010.

Ações	Nº	%
Existência de programas locais que visem a criação de ambientes favoráveis	06	5,1
Implementação de ações previstas na Portaria 1010, de 08/05/2006 (PAS nas escolas)	19	16,2
Implementação de ações previstas na Portaria Interministerial nº 66, 25 de agosto de 2006 (Política Nacional de Promoção da Saúde)	19	16,2
Monitoramento, fiscalização ou regulamentação da publicidade e promoção de alimentos.	08	6,8
Monitoramento, fiscalização ou regulamentação da redução do teor de gorduras, açúcares e sódio nos alimentos industrializados e comercializados em restaurantes e redes de <i>fast food</i>	01	0,5
Outros		

Quanto às ações para reforçar a participação comunitária com vistas à promoção da alimentação saudável no município, 36 (30,7%) responderam não realizar e 31 (26,5%) realizam essa ação das mais diferentes formas, como: implementação de projetos municipais financiados ou não pelo Ministério da Saúde – MS; realizam ações de PAS em momentos pontuais e com público alvo, como: dia nacional da hipertensão e diabetes; dia nacional de combate ao fumo; por meio de parcerias com os programas PSE, Programa Nacional da Merenda Escolar – PNAE, com a ESF e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com as Cozinhas Comunitárias e Restaurantes Populares e o Projeto Portal da Criança.

Os municípios foram perguntados, também, sobre as ações para a reorientação dos serviços de saúde para PAS, quanto a existência de planos locais para PAS e na Atenção Básica de Saúde. Dos 117, 27 (23,0%) elaboram planos locais para Promoção da Alimentação Saudável (Tabela 18).

Quando indagados sobre estratégias para formação dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS para PAS, 43 (36,7%) confirmaram essa ação.

Apenas 04 (3,4%) formam parceria com instituições de ensino para formação de profissionais de saúde voltadas para PAS;

Dos municípios 31 (26,5%) incluem PAS na lógica dos programas de alimentação e nutrição existentes.

Tabela 18. Ações para a reorientação dos serviços de saúde para PAS. Ceará, 2010.

Ações	Nº	%
Elaboração de planos locais para promoção da alimentação saudável na Atenção Básica	27	23
Estratégias para formação de agentes comunitários de saúde para Promoção da alimentação Saudável	43	36,7
Articulação com instituições de ensino para formação de profissionais de saúde voltadas para Promoção da Alimentação Saudável	04	3,4
Inclusão da alimentação saudável na lógica dos programas de alimentação e nutrição existentes	31	26,5
Outros	-	-

4.1.6 Micronutrientes

A deficiência de vitamina A é considerada como uma das mais importantes deficiências nutricionais do mundo subdesenvolvido (BRASIL, 2010g).

O Programa Vitamina A Mais - Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A - é um programa do Ministério da Saúde, com apoio dos Estados e municípios, que busca reduzir e erradicar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de seis a cinquenta e nove meses de idade e mulheres no pós - parto imediato (antes da alta hospitalar), residentes em regiões consideradas de risco. No Brasil, são consideradas áreas de risco a região Nordeste, Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais e Vale do Ribeira em São Paulo (BRASIL, 2010g).

Os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 mostram que as prevalências de crianças e mulheres com níveis baixos e marginais de vitamina A estão muito além das observadas em países desenvolvidos (BRASIL, 2006f).

Recomendam os pesquisadores que “estratégias no âmbito da política nacional de nutrição e alimentação devem ser aperfeiçoadas para melhorar as condições de nutrição e saúde das crianças e mulheres em idade fértil, repercutindo no desenvolvimento do País como um todo (BRASIL, 2006f).

No quinto bloco de questões foram pesquisadas as ações sobre organização da distribuição de micronutrientes: quanto a suplementação de megadoses de vitamina A – 114 (97,4%) responderam realizar a distribuição de desse insumo, com o público alvo atendido compreendido entre: 110 (94,0%) por fase do curso da vida e, em especial, para crianças entre seis meses e cinco anos; 87 (74,3%) por situação de saúde e 02 (1,7%) por condição de saúde (Tabela 19).

A distribuição ocorre, em sua maioria, 103 (88,0%) na UBS; 74 (63,2%) nos hospitais municipais; 06 (5,1%) nas escolas e 03 (2,5%) em outros lugares.

Tabela 19. Distribuição de micronutrientes – Programa de Suplementação de Vitamina A mais. Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas				Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Condição de saúde	Outros	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	110	87	02	-	103	74	06	03
%	94	74,3	1,7	-	88	63,2	5,1	2,5

As coberturas do Programa Vitamina A Mais no Ceará, vem alcançando a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde para a faixa etária de 06 meses a 11 meses – 90,65% (dezembro de 2010) o recomendado é de 80%. Para a faixa etária de 12 meses a 59 meses a primeira dose foi de 53,75% e a segunda dose, até 22/12/2010, era de 25,43% consideradas muito baixas, o que o MS recomenda é de pelo menos 80%. Para as puérperas no pós-parto imediato a cobertura foi de 75,56%, até 22/12/2010, atingindo a meta estabelecida pelo MS, que é de 60% (BRASIL, 2010g).

Nos últimos quatro anos foram realizadas várias capacitações para os profissionais dos municípios responsáveis pela coordenação do programa e no último ano foi elaborada uma estratégia em conjunto: SESA, CRES e municípios para aumentar a cobertura do insumo. A megadose, também, é garantida para todos os municípios, durante todo o ano. Avaliações e monitoramentos deverão acontecer para que se possam promover mudanças neste quadro.

A anemia ferropriva representa, provavelmente, o problema nutricional mais importante da população brasileira, com severas consequências econômicas e sociais e sua redução está entre as diretrizes da Política Nacional de Alimentação (BRASIL, 2005).

A PNDS 2006 revelou que a prevalência de anemia entre crianças apresenta tendência de diminuição, mas, em mulheres, os valores são elevados em todas as macrorregiões do País (BRASIL, 2006f).

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro consiste na suplementação medicamentosa de sulfato ferroso para todas as crianças de 6 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto (BRASIL, 2005).

A implementação do programa do ferro nos municípios cearenses aparece em – 114 (97,4%), com distribuição: 110 (94,0%) por fase do curso da vida; 88 (75,2%) por situação de saúde e 03 (2,5%) por condição de saúde. Essa ação é efetuada em 77municípios (65,8%) nas UBS e em 02 (1,7%) nas escolas (Tabela 20).

Tabela 20. Distribuição de micronutrientes – Programa de Suplementação de Ferro. Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas				Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Condição de saúde	Outros	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	110	88	03	-	77	-	02	-
%	94	75,2	2,5	-	65,8	-	1,7	-

O documento do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS – PNAN 10 Anos, ressalta que seja reavaliada a conduta de prevenção da anemia ferropriva e os mecanismos de gestão do programa de suplementação de ferro. Propostas tem sido lançadas no sentido da descentralização e otimização de recursos destinados a tal ação e no sentido de se trabalhar com um suplemento polivitamínico e multimineral.

Aparecem, ainda, indagações sobre a distribuição de outras vitaminas e/ou sais minerais, que são distribuídos em 24 municípios (20,5%).

Na Tabela 21 temos os dois micronutrientes citados, o ácido fólico e cálcio, assim distribuídos: 18 (15,4%) por situação de saúde; 04 (3,4%) por condição de saúde e 03 (2,5%) distribuem cálcio para idosos com diagnóstico de osteoporose. A ação acontece, em sua totalidade, na UBS 23 (19,6%).

Tabela 21. Suplemento de outras vitaminas e/ou minerais. Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas				Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Condição de saúde	Outros	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	18	04	03	-	23	-	-	-
%	15,4	3,4	2,5	-	19,6	-	-	-

Em apenas dois municípios foi citada a fortificação de alimentos a nível municipal, sendo que essa ação é realizada por fase de vida em um município (0,85%) e no outro por situação de saúde. Essa ação acontece exclusivamente, na UBS, sendo financiada pelo o município sem nenhuma participação do Estado (Tabela 22). É importante ressaltar que no questionário a pergunta é direcionada para populações

específicas, assim compreendida: por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adulto e idosos e por condição de saúde (gestante e lactantes).

Tabela 22. Fortificação de alimentos em nível municipal ou estadual para populações específicas, por situação e condição de saúde. Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas				Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Condição de saúde	Outros	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	02	01	01	-	02	-	-	-
%	1,7	0,85	0,85	-	1,1	-	-	-

Vale ressaltar a regulamentação dos programas de suplementação de ferro e vitamina A que datam de 2005 e os crescentes investimentos na compra desses suplementos, e recentemente a Portaria nº 1793, de 11 de agosto de 2009, instituiu Comissão Interinstitucional para Implementação, Acompanhamento e Monitoramento das Ações de Fortificação de Farinhas de Trigo, Milho e de seus subprodutos com ferro e ácido fólico.

No Ceará a distribuição de alimentos fortificados ainda é muito resumida, fato que se comprova pelo número reduzido de municípios que responderam a esse questionamento. Seria necessário, a exemplo do MS, o Estado criar políticas que atendessem essas demandas (Tabela 23).

Tabela 23. Distribuição de alimentos fortificados por situação e condição de saúde. Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas				Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Condição de saúde	Outros	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	06	05	03	-	08	-	-	-
%	6,8	4,3	2,5	-	6,8	-	-	-

A distribuição de polivitamínicos acontece em 14 municípios (7,6%), sendo: 05 (2,7%) por fase do curso da vida; 02 (1,1%) por situação de saúde e 02 (1,1%) por condição de saúde. Tal ação é também financiada somente pelo município.

Tabela 24: Distribuição de polivitamínicos para populações específicas, por situação e condição de saúde, Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas				Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Condição de saúde	Outros	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	14	05	02	01	08	-	-	-
%	11,9	4,3	1,7	0,85	6,8	-	-	-

Poliminerais, também, são distribuídos em 08 (6,8% dos municípios); onde, 03 (2,5%) por fase do curso da vida; 02 (0,85%) por situação de saúde e 02 (0,85%) por condição de saúde. Essa ação, como a maioria das outras, acontece na UBS 07 (5,9%). Constitui-se em uma ação totalmente financiada pelo município (Tabela 25).

Tabela 25. Distribuição de poliminerais para populações específicas, por situação e condição de saúde. Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas				Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Condição de saúde	Outros	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	08	03	02	02	07	-	-	-
%	6,8	2,5	0,85	0,85	5,9	-	-	-

A Tabela 26 demonstra a distribuição de alimentos para populações específicas acontece em 88 (75,2%) dos municípios pesquisados. A população beneficiada se distribui: 41 (35,0%) por fase do curso da vida; 30 (25,6%) por situação de saúde; 13 (11,1%) por condição de saúde e 11 (9,4%) referiram atender indivíduos com HIV, hanseníase, tuberculose e em vulnerabilidade social.

Tabela 26. Distribuição de alimentos para populações específicas. Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas				Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Condição de saúde	Outro	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	41	30	13	-	62	02	02	11
%	22,3	16,3	7,1	-	36,3	1,1	1,1	11,6

A UBS é o local de distribuição mais citado, seguida do hospital e a escola com 02 (0,85%), cada. O Programa Leite é Vida e a distribuição de cestas básica pelos CRAS são as ações mais citadas.

A atividade de educação nutricional (realização de palestras, distribuição de material educativo, atividades com a participação da população de risco) foi citada por 94 municípios (51%). 81 (44%) são organizadas por curso de vida; 70 (33,5%) por situação de saúde e 59 (32%) por condição de saúde (Tabela 27).

A UBS é o local onde mais acontecem as atividades de educação nutricional, seguida da escola 30 (16,3%) e por último o hospital – 13 (6,5%).

Tabela 27. Atividades de educação nutricional para populações de risco. Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas				Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Condição de saúde	Outros	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	81	70	59	-	59	13	30	05
%	69,2	59,8	50,4	-	50,4	11,1	25,6	4,3

Apesar da redução das prevalências de desnutrição infantil (de 16,6% em 1975, para 1,7% em 2006 – IBGE) fato esse que se repete no Ceará. De acordo com o documento do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS – PNAN 10 Anos, essa realidade fez com que ocorressem mudanças nas políticas de saúde e nutrição no País. O documento trás que, o número reduzido de casos de internação alterou a prioridade na implementação do protocolo de atendimento e da notificação obrigatória da desnutrição grave. Diz ainda o documento que, uma proposição que inclui o conjunto ampliado de doenças relacionadas à alimentação e nutrição para notificação obrigatória está sendo construída, com base nas modificações do perfil nutricional da população (BRASIL, 2010c).

Contudo, a maioria dos municípios pesquisados 77 (65,8%) ainda dispõe de serviço ou programa para tratamento de crianças com desnutrição, distribuídos de a forma a seguir: 65 (55,5%) prestam assistência por fase do curso da vida; 30 (25,6%) por situação de saúde e 13 (11,1%) por condição de saúde. Destes 48 (41%) atendem essa demanda na UBS; 10 (8,5%) no hospital e 03 (2,5%) na escola (Tabela 28).

Tabela 28. Serviço ou programa para tratamento de crianças com desnutrição. Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas				Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Condição de saúde	Outros	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	65	30	13	11	62	02	02	11
%	55,5	25,6	11,1	9,4	52,9	0,85	0,85	9,4

4.1.7 Ações para prevenção, controle e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis.

Ainda neste bloco de questões, foram levantadas as ações para prevenção, controle e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essas ações encontram-se na quinta diretriz da PNAN que estabelece

“... 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” (BRASIL, 1999a, p.23).

Consideradas como epidemia na atualidade, as DCNT constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda. Não obstante, é certo que estes últimos sofrem de forma tanto mais acentuada quanto menor suas possibilidades de garantir políticas públicas que alterem positivamente os determinantes sociais de saúde (BRASIL 2006g).

As ações de prevenção, controle e tratamento das DCNT desenvolvidas nos municípios cearenses caracterizam-se por: 72 (61,5%) dos 117 municípios pesquisados realizam atendimento ambulatorial de nutrição e dietética para estes pacientes. E a sua organização acontece: 70 (59,8%) por fase do curso da vida e 62 (52,9%) por situação de saúde. E são desenvolvidas, em sua maioria, 50 (42,7%) na UBS; 20 (17,1%) no hospital e 04 (3,4%) na escola (Tabela 29).

Tabela 29. Ações para prevenção, controle e tratamento das DCNT - atendimento ambulatorial de nutrição e dietética. Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas			Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Outros	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	70	62	-	50	20	04	-
%	59,8	52,9	-	42,7	17,1	3,4	-

Para o bloco de patologias a seguir abordado, e em especial ao enfrentamento da obesidade como um problema de saúde pública, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.569 de 28 de julho de 2007 que institui diretrizes para atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade.

A Portaria preconiza o desenvolvimento de estratégias de promoção, proteção e de recuperação da saúde e prevenção de danos, por meio da organização da linha de cuidados do portador da obesidade grave, em todos os níveis de atenção, promovendo a integralidade da assistência; a identificação dos principais determinantes e condicionantes que levam a obesidade e ao desenvolvimento de ações transeitoriais de atenção à saúde, a ampliação da cobertura do atendimento garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de atenção aos portadores de obesidade no Brasil e a qualificação da assistência e promoção da educação permanente dos profissionais da saúde envolvidos com a implantação e a implementação das diretrizes para atenção ao portador de obesidade, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Quanto à formação de grupos de educação nutricional voltada para patologias específicas como Diabetes, Hipertensão, Obesidade e Dislipidemias: 66 (56,4%) dos 117 municípios realizam essa atividade e ela está organizada: 54 (46,1%) por fase do curso da vida e 44 (37,6%) por situação de saúde e 07 (5,9%) para outros públicos (Tabela 30).

Geralmente, essa ação acontece na UBS – 45 (38,4%), seguida 06 (5,1%) da escola e por último 04 (3,4%) no hospital. A sede do NASF foi apontada por um município 01 (0,85%).

Tabela 30. Ações para prevenção, controle e tratamento das DCNT - grupos de educação nutricional. Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas			Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Outros	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	54	44	07	45	04	06	01
%	46,1	37,6	5,9	38,4	3,4	5,1	0,85

A rotina de monitoramento, avaliação e divulgação dos dados construídos na UBS e consolidados nos sistemas de informação reconhecidos pelo MS e utilizados pelos estados e municípios, ainda é muito deficiente, como mostram os números a seguir. Será necessário um trabalho conjunto entre os três entes federados, para mudar esse fato. A leitura, monitoramento, avaliação e divulgação dos dados de saúde são fundamentais para construção de políticas locais.

Quanto ao monitoramento dos fatores de risco para DCNT: 48 (41%) dos 117 municípios realizam o monitoramento, em que: 43 (36,7%) acontecem por fase do curso da vida e 30 (25,6%) por situação de saúde. 07 (5,9%) acompanham mensalmente diabéticos e hipertensos cadastrados nas UBS (Tabela 31).

Essa ação acontece: 36 (30,7%) na UBS, 05 (4,3%) no hospital e 01 (0,85%) na escola.

Tabela 31. Ações para prevenção, controle e tratamento das (DCNT) – monitoramento dos fatores de risco, Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas			Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Outros	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	43	30	07	36	05	01	-
%	36,7	25,6	5,9	30,7	4,3	0,85	-

Em relação aos grupos de educação nutricional voltados para outras patologias, foram citadas as Doenças Sexualmente Transmitidas - DST's: 21 (17,9%) dos 117 municípios. Consideramos um percentual favorável, é provável que essa realidade seja devida a existência dos Programas Saúde e Prevenção na Escola e o PSE vigentes nos municípios e que trabalham com o referido tema.

Essa ação encontra-se distribuída 07 (5,9%) por fase do curso da vida; 06 (5,1%) por situação de saúde e 03 (2,5%) referiram outro, e as patologias citadas foram: desnutrição, dislipidemias, obesos, tuberculose, hanseníase e renal crônico.

Essas ações são desenvolvidas, sua maioria, é realizada 08 (6,8%) na UBS; 01 (0,85%) no hospital e 01 (0,85%) na escola.

Tabela 32. Ações para prevenção, controle e tratamento das DCNT – grupos de educação nutricional voltados para outras patologias. Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas			Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Outros	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	07	06	03	08	01	01	-
%	5,9	5,1	2,5	6,8	0,85	0,85	-

Quanto a realização de parcerias com outras áreas da saúde ou programas (saúde da mulher, idoso, saúde mental), 42 municípios (35,9%) confirmaram participar, com ações organizadas: 23 (19,6%) por fase do curso da vida; 22 (18,8%) por situação de saúde. Essas ações acontecem: 24 (20,5%) na UBS; 02 (1,7%) no hospital e 03 (2,5%) na escola (Tabela 33).

Tabela 33. Ações para prevenção, controle e tratamento das DCNT – parceria com outras áreas da saúde, Ceará, 2010.

Ações	Como são organizadas			Onde são desenvolvidas			
	Fase do curso da vida	Situação de saúde	Outros	UBS	Hospitais	Escolas	Outros
Nº	23	22	-	24	02	03	-
%	19,6	18,8	-	20,5	1,7	2,5	-

4.1.8 Ações voltadas para a promoção de linhas de investigação

O sexto bloco de perguntas referiu-se as ações voltadas para promoção de linhas de investigação, que atende a sexta diretriz da PNAN, e destaca

“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 o seu controle (BRASIL, 1999, p. 26)

O Ministério da Saúde, por meio dos Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição, apóia o financiamento de ações de extensão e pesquisa com o objetivo de aprimorar a política de alimentação e nutrição.

O estado do Ceará não dispõe de Centro Colaborador, o que é provável, tenha contribuído para escassez de pesquisas denunciadas neste bloco.

Foi criado, pelo Ministério da Saúde, incentivo financeiro para estruturar e qualificar a implementação das ações de alimentação e nutrição nos Estados, Distrito Federal e municípios com população superior a 150 mil habitantes. O repasse financeiro acontece fundo a fundo desde 2006 e tem como objetivo conferir maior efetividade no desenvolvimento regional/local da PNAN (BRASIL, 2010c).

No Ceará cinco municípios recebem esse recurso além do Estado: Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Juazeiro e Sobral. Todos participaram da pesquisa, porém nenhum referiu realização de pesquisas na área de alimentação e nutrição com a utilização desses recursos.

A realização de pesquisas envolvendo as ações de alimentação e nutrição no Estado foi apontada por apenas 08 (6,8%) dos municípios pesquisados. A maioria 05 (4,3%) avalia o consumo e/ou hábito alimentar por meio dos marcadores de consumo alimentar do SISVAN Web, para todas as fases do ciclo de vida. E 02 (1,7%) realizam pesquisa sobre projetos e programas locais e nacionais. Foram citados o PSE e o NASF (Tabela 34).

Tabela 34. Ações voltadas para investigação – realização de pesquisas. Ceará, 2010.

Pesquisas	Nº	%
Desnutrição energética proteica	-	-
Deficiência de ferro	-	-
Deficiência de vitamina A	-	-
Deficiência de iodo	-	-
Deficiência de outros micronutrientes	-	-
Doenças crônicas não transmissíveis	-	-
Consumo e/ou hábitos alimentares	05	4,3
Composição de alimentos e/ou refeições	-	-
Projetos ou programas locais ou nacionais	02	1,7
Outras	-	-

4.1.9 Ações de alimentação e nutrição voltadas para o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos

Foram levantadas, também, as ações de alimentação e nutrição voltadas para o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos: 14 (11,9%) dos municípios firmam parceria com estabelecimentos de ensino profissional, distribuídos a seguir: 10 (8,5%) para oferecimento de cursos; 08 (6,8%) para elaboração de material didático e 05 (4,2%) para inclusão do tema nos currículos (Tabela 35).

Tabela 35. Ações de alimentação e nutrição para capacitação de recursos humanos. Ceará, 2010.

Ações	Estratégias adotadas							
	Curso		Material didático		Inclusão currículos		Outros	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Articulação com estabelecimentos de ensino profissional	10	8,5	08	6,8	05	4,3	-	-
Articulação com estabelecimento de ensino superior	04	3,4	01	0,85	-	-	-	-
Articulação com a ESF na formação de ACS	49	41,8	23	19,6	04	3,4	05	4,2
Articulação com a Secretaria Municipal de Educação	21	17,9	09	7,7	07	5,9	2	1,7
Capacitação interna dos profissionais da Secretaria Municipal de saúde	35	29,9	20	17,1	02	1,7	-	-
Capacitação de outro setor sobre alimentação e nutrição	08	6,8	05	4,3	-	-	02	1,7
Realização de eventos científicos	-	-	-	-	-	-	-	-

A articulação com estabelecimentos de ensino superior que ocorre em seis municípios distribui-se da seguinte forma: em quatro tem o oferecimento de cursos; em um a elaboração de materiais didáticos; um município afirma realizar palestras para alunos de cursos variados.

Articulação com a Estratégia de Saúde da Família na formação do Agente Comunitário de Saúde, foi citada por 62 (33,6%). Onde, 49 (41,8%) por meio de oferecimento de cursos; 23 (19,6%) elaboração de materiais didáticos; 04 (3,4%) inclusão do tema nos currículos.

Articulação com a Secretaria Municipal de Educação foi confirmada por 31, 16,8% dos municípios pesquisados. Distribuídas as ações: 21 (11,4%) oferecimento de curso; 09 (4,9%) elaboração de materiais didáticos e 07 (3,8%) inclusão do tema nos currículos.

Em parceria com o Departamento de Gestão da Educação em Saúde, o Departamento de Atenção Básica elaborou o Referencial Técnico sobre Saúde e

Nutrição para subsidiar os cursos técnicos de ACS. No Ceará o projeto piloto do curso foi realizado com os ACS do município de Tauá em julho de 2010. A atividade foi realizada numa parceria da SESA com a Escola de Saúde Pública do Ceará e a Universidade Estadual do Ceará que assessorou a elaboração do material pedagógico.

Quanto a capacitação interna dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde 46 (25%) afirmaram desenvolver essa ação, por meio de oferecimento de cursos 35 (19%); elaboração de materiais didáticos – 20 (10,9%).

Em relação a capacitação de outros setores em alimentação e nutrição: 15 (8,1%) implementam essa ação com: 08 (4,3%) oferecimento de cursos e 05 (2,7%) com elaboração de materiais didáticos.

O questionário traz a pergunta sobre “Realização de eventos científicos”, ou outro evento similar. Nenhum município respondeu.

5. DIAGNÓSTICO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS NÍVEIS DE ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO ESTADO DO CEARÁ

5.1 As ações de alimentação e nutrição no contexto da atenção secundária e terciária

O segundo eixo de informação referiu-se as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas nos níveis de atenção de média e alta complexidade.

O documento sobre o Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS – PNAN 10 Anos reconhece que além dos processos referentes à organização das ações de nutrição na atenção básica, é necessário promover estratégias de ordenação das ações de alimentação e nutrição atinentes aos demais níveis de complexidade do SUS, a atenção ambulatorial e hospitalar. Fundamental, diz ainda o documento, para ampliar o atendimento das questões relativas à referência e contra referência em nutrição (BRASIL, 2010c).

Essas ações foram distribuídas quanto a terapia nutricional hospitalar: produção e fornecimento de refeições diárias – 84 (43,6%) são produzidas no local; 02 (1,1%) tem produção terceirizada; 01 (0,5%) produz em lactário; 05 (2,7%) utilizam sistemas fechados de nutrição enteral.

Tabela 36. Terapia Nutricional Hospitalar – produção e fornecimento de refeições diárias, Ceará, 2010.

Ações	Nº de municípios	%
Produzidas no local	84	71,8
Produção terceirizada	02	1,7
Produção em lactários	01	0,85
Uso de sistemas fechados de nutrição enteral	05	4,2
Outros	02	1,7

Quanto à assistência nutricional à pacientes internados: 38 (20,6%) avaliam e monitoram o estado nutricional dos pacientes; 62 (33,6%) realizam prescrição dietética; 51(27,7%) oferecem orientação nutricional aos pacientes e familiares na ocasião da alta hospitalar e 07 (3,8%) possuem estudos de casos clínicos com participação multiprofissional.

Tabela 37. Terapia Nutricional Hospitalar – assistência nutricional à pacientes internados, Ceará, 2010.

Ações	Nº de municípios	%
Avaliação e monitoramento do estado nutricional dos pacientes	38	32,5
Prescrição dietética	62	52,9
Orientação nutricional de pacientes e familiares na ocasião da alta hospitalar	51	43,6
Estudos de casos clínicos com participação multiprofissional	07	5,9
Outras	01	0,85

Atividades de ensino e pesquisa: 03 (1,6%) realizam supervisão de estágio curricular e/ou voluntário; 06 (3,2%) realização de cursos de atualização e especialização e 22 (11,9%) realização de treinamentos e educação continuados voltados para os funcionários do serviço.

Tabela 38. Terapia Nutricional Hospitalar – atividades de ensino e pesquisa, Ceará, 2010.

Ações	Nº de municípios	%
Supervisão de estágio curricular e/ou voluntário	03	2,5
Atividades de pesquisa e publicações	-	-
Realização de cursos de atualização e especialização	06	5,1
Realização de treinamento e educação continuada voltada para os funcionários do serviço	22	18,8
Outras	-	-

Ações relacionadas à terapia nutricional domiciliar: 39 (21,2%) avaliação e acompanhamento nutricional domiciliar; 52 (28,2%) orientação nutricional; 20 (10,8%) desenvolvem trabalhos em conjunto com o ACS. As atividades enumeradas foram: busca ativa de usuários em risco nutricional, monitoramento do peso de crianças menores de dois anos de idade; formação de grupos de hipertensos e diabéticos e acompanhamento de crianças desnutridas.

Tabela 39. Terapia Nutricional Domiciliar – atividades domiciliares, Ceará, 2010.

Ações	Nº	%
Avaliação e acompanhamento nutricional domiciliar	39	21,2
Prescrição e dispensação de fórmulas alimentares industrializadas	-	-
Orientação nutricional	52	44,4
Trabalho em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde	20	17,1
Outras	-	-

Ações relacionadas as atividades ambulatoriais: 41 (22,2%) prestam assistência nutricional a pacientes externos; 05 (2,7%) estímulo às atividades educativas na Cozinha Experimental e 46 (25%) educação nutricional por meio de palestras, distribuição de material educativo, atividades com a população de risco.

Tabela 40. Terapia Nutricional Ambulatorial, Ceará, 2010.

Ações	Nº	%
Assistência nutricional à Pacientes Externos	41	35
Estímulo a atividades educativas na Cozinha Experimental	05	4,3
Educação nutricional (realização de palestras, distribuição de material educativo, atividades com a população de risco)	46	39,3
Outras	-	-

A Tabela 41 demonstra as ações relacionadas às atividades ambulatoriais, como: atendimento, avaliação e acompanhamento de grupos específicos, foram investigados. Distribuídas, 16 (8,7%) erros inatos do metabolismo; 72 (39,1%) diabetes; 72(39,1%) hipertensão arterial; 62 (33,6%) obesidade; 53 (28,8%) dislipidemias; 19 (10,3%) doenças degenerativas (Alzheimer, Parkinson).

Tabela 41. Atividades ambulatoriais: atendimento, avaliação e acompanhamento de grupos específicos, Ceará, 2010.

Ações	Nº	%
Erros inatos ao metabolismo	16	13,6
Diabetes	72	61,5
Hipertensão arterial	72	61,5
Obesidade	62	52,9
Dislipidemias	53	45,3
Doenças Degenerativas	19	16,2
Outras	02	1,7

A SESA por meio da coordenação técnica de alimentação e nutrição elaborou no último ano, protocolo de dispensação de fórmulas alimentares industrializadas no âmbito do SUS.

A demanda para elaboração desse documento deveu-se a uma solicitação do secretário de saúde do Estado e Coordenadoria de Finanças pela crescente demanda desses produtos e o montante de recursos dispensado para realizar o atendimento do usuário do SUS.

Mais ainda se fez necessário a criação de um protocolo para que os usuários fossem atendidos em tempo hábil e para que fosse garantido o acompanhamento e avaliação domiciliar por uma equipe multidisciplinar.

Por último, os municípios foram questionados sobre a existência de Programa para Dispensação de Fórmulas Alimentares Industrializadas no âmbito do SUS (Tabela 42).

Apenas 05 (4,3%) dos municípios responderam existir, porém não descreveram, mesmo de forma sucinta, o programa. Como foi solicitado no questionário.

A maioria 71 (60,7%) respondeu não ter programa para dispensação de fórmulas alimentares industrializadas. E dentre eles, 17 (14,5%) atendem apenas os casos sob solicitação judicial e 11(9,4%) atendem os casos judiciais e não judiciais, mas sem acompanhamento do paciente, e 18(15,4%) não respondeu.

Tabela 42. Programa de dispensação de fórmulas alimentares industrializadas no âmbito do SUS, Ceará, 2010.

SITUAÇÃO	Nº de municípios	%
Atendimento sob solicitação judicial	17	14,5
Atendimento de casos judiciais e não judiciais	11	9,4
Não respondeu	18	15,4

6. AÇÕES INTERSETORIAIS RELACIONADAS ÀS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO SETOR SAÚDE

Dias (2003) justifica que entender o processo saúde/doença em toda sua complexidade com seus nexos causais diversos e na sua determinação social, com indivíduos e populações apresentando riscos desiguais de adoecer e morrer, de acordo com o autor esse fato exige ações e intervenções do setor saúde e aliança com outros setores que elaboram e implementam políticas públicas.

Esta visão rompe com o isolamento do setor saúde e o inclui num outro horizonte político, trabalhando institucionalmente a intersectorialidade e construindo efetivamente políticas públicas eficazes, resolutivas e que de fato atendam às necessidades da população (DIAS, 2003).

Buss (2000) apresenta os conceitos que aproximam promoção da saúde e qualidade de vida, bem como algumas estratégias e iniciativas capazes de operacionalizar sua interação: as políticas públicas saudáveis que exigem a ação intersectorial, e uma nova institucionalidade social que vem se materializando com as propostas dos municípios saudáveis, da Agenda 21 e do desenvolvimento local integrado e sustentável.

Orientada pelos princípios da intersectorialidade, garantia da segurança alimentar e nutricional e promoção do direito humano à alimentação, a PNAN insere na saúde o debate de SAN e traz para o contexto intersectorial a contribuição da saúde (BRASIL, 2010c).

O fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no SUS se dá com a decisão da III Conferência Nacional de SAN – CNSAN em eleger as ações de Promoção da Alimentação Saudável como eixo estruturante da Política Nacional de SAN – PNSAN (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição, aprovada em junho de 1999 pela Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, é uma declaração do compromisso do Ministério da Saúde com a erradicação dos males relacionados à falta de alimentos e à pobreza, principalmente a desnutrição infantil e materna, e também o sobrepeso e a obesidade na população adulta (BRASIL, 1999a).

Os propósitos da PNAN são efetivados por meio da implementação da vigilância alimentar e nutricional, da promoção da alimentação saudável, da prevenção e controle de carências nutricionais e outras doenças associadas à alimentação, o controle de qualidade nutricional dos alimentos, a vigilância sanitária de alimentos, a vigilância ambiental e na formulação e apoio de políticas que guardam relação com alimentação e nutrição.

O Brasil dispõe hoje de um grupo de políticas voltadas para a efetivação da SAN e a soberania alimentar do país, constituídas pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) que institui o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e o Direito Humano a Alimentação Adequada, a Emenda Constitucional no. 64 e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional assinada pelo presidente Lula no dia 25 de agosto de 2010. Entendemos todo esse aparato como um espaço institucional e político ao qual a PNAN deve atrelar-se para cumprir o seu papel na saúde.

No cenário internacional conforme Burlandy e Maluf (2011) o Brasil é um dos países que mais avançaram na consolidação de uma institucionalidade pública que objetiva concretizar políticas, programas e ações governamentais e não governamentais que garantam a universalidade do DHAA, e como parte desse processo o país instituiu o SISAN.

O SISAN, mecanismo pelo qual essas políticas se entrelaçam, é um sistema público, de gestão intersetorial e participativa que possibilita a articulação nos três níveis de governo para concretização das políticas de SAN, tem por objetivos formular, implementar, monitorar e avaliar políticas e planos de segurança alimentar e nutricional no Brasil, bem como estimular a integração dos esforços entre Governo e sociedade civil (BRASIL, 2010h).

Dessa forma, o SISAN torna-se responsável por envolver os setores de produção agrícola, indústria, comércio, saúde, educação, para consecução do direito humano à alimentação saudável e adequada.

Por sua vez, a Estratégia Fome Zero criada em 2003, tem como objetivo assegurar o direito humano à alimentação adequada às pessoas com dificuldades de acesso aos alimentos, e atua a partir de quatro eixos articuladores: acesso aos alimentos,

fortalecimento da agricultura familiar, geração de renda e articulação, mobilização e controle social (BRASIL, 2010h).

Essa articulação se faz por meio do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, do Ministério do Desenvolvimento Agrário, do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, do Ministério do Trabalho e Emprego, do Ministério da Ciência e Tecnologia, do Ministério da Integração Nacional, do Ministério do Meio Ambiente, do Ministério da Justiça e da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, além do Ministério da Fazenda. Essa estratégia guarda ações estruturantes e emancipatórias (BRASIL, 2010h).

Portanto as ações intersetoriais para a garantia de SAN acontecem por meio de programas, projetos e ações. A seguir serão apresentados os principais programas em desenvolvimento para essa área no Ceará e que guardam intersetorialidade com o setor saúde.

Com a criação do Programa Bolsa Família – PBF, todos os programas baseados em transferência de renda foram unificados, e o Ministério da Saúde permaneceu com as responsabilidades assumidas, a oferta de serviços básicos de saúde às famílias beneficiárias que são traduzidas na agenda de saúde.

O módulo de gestão do SISVAN registra a situação de saúde destas famílias – estado nutricional, vacinação e pré-natal. Esse registro de base individual orienta o planejamento de outras ações de saúde dirigidas às famílias, ampliando o acesso aos serviços para além das ações básicas. A cobertura desse programa no Ceará é de 74,35% das famílias com 99% das ações de saúde realizadas (BRASIL, 2010d).

O Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS reconheceu que é necessário valorizar a informação do estado nutricional dentro do rol das condicionalidades de saúde no PBF, para sensibilizar os gestores em todas as esferas e buscando dar o adequado encaminhamento das situações diagnosticadas dentro do SUS, com vistas a uma atuação qualificada, integrada e intersetorial voltada às famílias que se encontram em situação de maior vulnerabilidade social.

Pesquisa realizada no Ceará pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Estratégica do Ceará – IPECE mostra que as famílias que apresentam qualquer nível de insegurança alimentar possuem uma chance maior do que famílias com segurança alimentar em receber o benefício do PBF. O efeito marginal mensurado mostra que, para famílias com insegurança alimentar, as chances de estarem recebendo o benefício do PBF aumentam em 6,8% (CEARÁ, 2010b).

Para avaliação do desempenho das ações intersetoriais para o PBF no Ceará, é realizado anualmente, encontro intersetorial com as secretarias de saúde, educação e trabalho e desenvolvimento social.

Os principais pontos que precisam ser aprimorados, avaliados no ano de 2010 por ocasião desse seminário, foram: fortalecer a articulação local dos gestores do PBF-ação social, educação e saúde; fomentar estratégias de divulgação da informação para diversos atores e pactuar metas locais de cobertura com base no Pacto pela Saúde.

Outra ação da Estratégia Fome Zero que vem contribuindo positivamente para mudança da situação alimentar e nutricional das famílias cearenses é o Programa de Aquisição de Alimentos – PAA.

O PAA tem como missão no Ceará “Promover o desenvolvimento sustentável do Estado do Ceará com ênfase nos agricultores e agricultoras familiares, com participação, inclusão e justiça social”. Tem como uma das suas metas, promover a segurança alimentar e nutricional (CEARÁ, 2010a).

O PAA tem como território de cobertura 42 municípios cearenses, com meta para cobrir 50. Os critérios de inclusão desses municípios são: menor Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, e o maior número de beneficiários do PBF e estar nos territórios da cidadania (CEARÁ, 2010a).

Os alimentos produzidos pelo PAA são comercializados para o Programa de Merenda Escolar, e distribuídos com as Cozinhas Comunitárias, hospitais municipais e casas de detenção (CEARÁ, 2010a).

O PAA do Ceará também é responsável pela produção e distribuição do leite do Programa Leite é Vida que abrange todo o território cearense, cobrindo 155 municípios, com distribuição de 58.277 litros de leite, sendo 2.000 litros de leite caprino. Compra

leite de aproximadamente 1.900 produtores pronafricanos e realiza análise físico-química e microbiológica periódica desse produto.

O setor saúde, por meio das equipes de saúde da família, é quem distribui esse leite e acompanha o estado nutricional da população beneficiária do programa, que são as crianças, gestantes e idosos que se encontrem em estado de insegurança alimentar e nutricional.

Trabalhar com a territorialização a partir das unidades básicas de saúde, por meio do Programa Agente Comunitário de Saúde - PACS ou equipes de saúde na identificação das famílias mais vulneráveis a Insegurança Alimentar e Nutricional para maior otimização na distribuição dos alimentos produzidos pelo PAA no Ceará se constitui em um desafio intersetorial.

O Programa Um Milhão de Cisternas – P1MC iniciado em julho de 2003, é uma tecnologia popular de captação de água da chuva, a cisterna tem capacidade para até 16 mil litros de água, o que supre a necessidade de consumo de uma família de cinco pessoas por até oito meses (REDEANDIBRASIL, 2010)

O objetivo geral da mobilização em torno das cisternas é reduzir a mortalidade infantil, combater o analfabetismo, aumentar a renda familiar, organizar as comunidades e frear o êxodo rural ((REDEANDIBRASIL, 2010)

O P1MC vem desencadeando um movimento de articulação e de convivência sustentável com o ecossistema do Semiárido, através do fortalecimento da sociedade civil, da mobilização, envolvimento e capacitação das famílias, com uma proposta de educação processual. Os beneficiários desse programa são as famílias residentes na zona rural dos municípios da região semiárida brasileira, sem fonte de água potável nas proximidades de suas casas, ou com precariedade nas fontes existentes ((REDEANDIBRASIL, 2010)

Os resultados alcançados no Ceará até 14 de abril de 2009 foram: 147 municípios contemplados com o programa; 32.693mil cisternas construídas; 600 jovens capacitados em confecção de bombas manuais; 28 mil pessoas capacitadas sobre Gerenciamento de Recursos Hídricos, Cidadania; 15.943 crianças de 0 a 6 anos

beneficiadas; 23.817 crianças de 7 a 14 anos beneficiadas; 12.406 crianças de 15 a 18 anos beneficiadas (REDEANDEBRASIL, 2010).

O SUS tem como uma das suas prioridades a redução da mortalidade infantil. O acesso à água potável para populações carentes pode ser decisivo para a redução da incidência de doenças causadas por infecções transmitidas pela água contaminada e, conseqüentemente, a redução da mortalidade infantil.

Os resultados do P1MC no Ceará, certamente, se somarão as ações desenvolvidas no âmbito do SUS para redução das doenças de veiculação hídrica e da mortalidade infantil.

O papel dos profissionais de saúde, em especial da atenção primária- Estratégia Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, no Ceará será o de orientar as famílias beneficiárias, desse programa, por meio das ações de promoção da alimentação saudável e a vigilância sanitária de alimentos, para utilização correta dessa água e sobre a importância da água potável para saúde dessas famílias. Concretizando-se, assim, em uma ação intersetorial.

A Rede de Equipamentos Públicos de Alimentação e Nutrição compõe uma ação estratégica da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e contribui para a redução dos índices de insegurança alimentar da população. Ela conta com uma estrutura operacional composta por Restaurantes Populares, Cozinhas Comunitárias, Bancos de Alimentos e Feiras e Mercados Populares. Desenvolve, ainda, ações de Educação Alimentar e Nutricional - EAN (BRASIL, 2010h).

Sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), a Rede atua estrategicamente no estímulo e na promoção da alimentação, produzindo e ofertando refeições gratuitas ou a preços acessíveis e combatendo o desperdício. Estimula, ainda, a comercialização da produção dos agricultores familiares e a adoção de hábitos alimentares regionais saudáveis, visando ao consumo seguro de alimentos e à melhoria das condições gerais de saúde da população (BRASIL, 2010h).

A Rede de Equipamentos integra o SISAN e todas as suas ações são baseadas nas diretrizes da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2006c).

Aproveitar a cobertura da ESF e dos NASF presente nos municípios cearenses contemplados com os Restaurantes Populares, Cozinhas Comunitárias, Bancos de Alimentos possibilitará uma integração de tais ações com a área da saúde, considerando que poderá identificar as famílias com perfil para serem assistidas por esses programas e realizar o seu acompanhamento por meio do SISVAN, além de promover ações de promoção da alimentação saudável e de vigilância sanitária, contribuindo para a potencialização das ações e avaliação de seus impactos.

Para as ações intersetoriais preconizadas para saúde e educação, relacionadas à promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, em 2006 foi publicada Portaria Interministerial nº 1.010, entre os Ministérios da Educação e da Saúde, que estabeleceu as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas públicas e privadas do país, e as principais ações para alcançá-las.

Foi ainda, criado em 2007, pelo Decreto nº 6.068, o Programa Saúde na Escola – PSE – no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, e tem por finalidade contribuir para formação integral dos escolares da rede pública de educação básica, pelas ações de prevenção, promoção e atenção à saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde da família em parceria com as escolas.

Prevê-se, na Portaria e no Decreto, antes referidos, que as atividades de promoção da alimentação saudável sejam desenvolvidas em parceria e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. No Ceará aderiram ao PSE, 162 municípios (88%).

Para adesão ao PSE o município deverá elaborar plano de ação para o programa. A assessoria técnica de alimentação e nutrição da SESA tem auxiliado os municípios na elaboração dos seus planos. Para tanto tem sugerido aos municípios a utilização do SISVAN como instrumento para o monitoramento da situação nutricional dos estudantes, a capacitação dos profissionais de educação e as famílias no Guia Alimentar para a População Brasileira.

O Brasil foi um dos protagonistas na ampliação do conceito da segurança alimentar e hoje é uma referência internacional nesse campo (BRASIL, 2010c).

A integração do alimentar e do nutricional para os campos das políticas públicas foi realizada. A discussão do alimentar de maneira bem ampla, desde as práticas

alimentares e seus múltiplos determinantes. Por sua vez, a área da saúde vem tentando avançar no sentido de trazer discussões sobre promoção à saúde, prevenção de doenças crônicas, vigilâncias, ações de regulamentação sobre o consumo, uma série de contribuições que a saúde vem trazendo para esse campo (BRASIL, 2010c).

A Política de Segurança Alimentar e Nutricional não é setorial, ao contrário da PNAN, pois conforme Burlandy (2010), apresenta sua potencialidade no diálogo com várias políticas. Diálogo esse que se traduz na intersetorialidade.

Foi por acreditar no fazer intersetorial, que ainda passa por um processo de amadurecimento no país, e para buscar/fortalecer formas de promover a SAN e o DHAA por meio da integração do setor saúde com outros setores que se realizou este diagnóstico que deve dar início ao processo de elaboração de uma política de alimentação no estado do Ceará.

7. IDENTIFICAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS A SEREM ENFRENTADOS POR UMA POLÍTICA ESTADUAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARA O ESTADO DO CEARÁ

O documento do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS – PNAN 10 Anos, destaca a implantação de políticas estaduais e municipais de alimentação e nutrição como importante desafio para o setor saúde e para a segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2010c).

A definição de um marco legal para as ações de alimentação e nutrição junto às secretarias estaduais e municipais de saúde é um pressuposto para a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável.

Burlandy (2010) afirma ser preciso que ocorra a consolidação institucional da Política de Alimentação e Nutrição dentro da saúde, e ver como desafio esse fortalecimento.

Não será possível, também, pensar a Política Estadual de Alimentação e Nutrição para o Ceará sem antes promover o debate intrasetorial da importância dessa política para a saúde do Estado.

Faz-se necessário, como primeiro e importante passo, a institucionalização da área de alimentação e nutrição no setor saúde do Ceará. Para tanto será preciso reconhecer por meio de legislação e no organograma institucional da SESA a Área Técnica ou Coordenação de Alimentação e Nutrição.

Burlandy (2010, p.23) faz uma importante contribuição quando afirma que:

“ o setor saúde tem muitos desafios, como a consolidação da dimensão nutricional da segurança alimentar, sendo que ela necessita de reforço na área da própria segurança alimentar, como trabalhar a saúde com seus determinantes na segurança alimentar e conseqüentemente as implicações em termos de ações, a integração dos aspectos biológicos da saúde com os aspectos psicossociais e culturais do processo de saúde-doença e como a saúde se integra a um conjunto de políticas públicas que irão incidir sobre as condições de vida das pessoas”

Essa forma de propor a política é possível com o amadurecimento da intersetorialidade.

Será preciso, portanto, que a política estadual de alimentação possa atender as demandas dos outros setores responsáveis pela SAN e que são essenciais para garantir saúde e alimentação e nutrição no contexto da saúde.

No documento sobre a PNAN 10 Anos a pesquisadora da Universidade de Brasília – UnB Elisabetta Recine apresenta alguns resultados sobre o projeto do Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional - OPSAN que investigou vários componentes da atuação da nutrição na atenção primária, dentre eles, a caracterização das ações de alimentação e nutrição da atenção básica de um município (BRASIL, 2010c).

Resultados parciais dessa pesquisa segundo a mesma autora mostram que a metade dos municípios que fizeram parte da pesquisa não tinha nenhum tipo de documento elaborado, nenhum projeto, um plano mínimo que pudesse orientar as ações de alimentação e nutrição na saúde (BRASIL, 2010c).

Essa realidade, de acordo com a pesquisadora, mostra que as ações de alimentação e nutrição neste nível de atenção caracterizam-se por ações isoladas, não existindo um processo de pensar, elaborar, planejar uma estratégia, apesar de existir uma tendência crescente de que quanto maior o município, como existe maior complexidade, encontram-se planos, documentos e estratégias.

A ESF é o modelo de atenção que ordena as ações de atenção básica no âmbito do SUS. A realização das ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde como oferta de serviços em todas as unidades básicas de saúde do Ceará permitirá a efetividade da vigilância alimentar e nutricional e a implementação da promoção da alimentação saudável. Tais ações estão previstas na PNAN que por sua vez integra a política de saúde.

A ampliação da cobertura das ações de alimentação e nutrição deve ser assegurada e somada à qualificação da gestão dessas ações, o que resultará no fortalecimento de implantação das ações preconizadas pela política estadual na atenção básica e nos demais níveis de atenção à saúde e nutrição.

Criar mecanismos para que se estabeleçam parcerias com as Instituições de Ensino Superior – IES e Cursos de Nutrição, garantindo oportunidades de formação e

diálogo entre docentes, pesquisadores e a Área Técnica de Alimentação e Nutrição da SESA com o objetivo de garantir a troca de práticas e saberes necessários para a formação de profissionais nutricionistas com maior visão em saúde pública e conhecimento da realidade e demandas do Sistema Único de Saúde – SUS, é uma dos aspectos que deverá ser contemplado pela política estadual.

A conformação de um sistema de controle sanitário de alimentos articulado e integrado, com foco na saúde da população deve ser alvo das políticas de saúde e agricultura, destacando-se a importância das ações de vigilância sanitária de alimentos e da capacidade laboratorial do setor de alimentos de realizar o monitoramento periódico da presença de agentes contaminantes químicos, físicos e biológicos e do teor de aditivos utilizados intencionalmente (BRASIL, 1999a).

A política estadual de alimentação e nutrição deverá atender as ações de vigilância sanitária necessárias a garantia da segurança – qualidade sanitária e da qualidade – valor nutricional dos alimentos disponíveis para o consumo e da prestação de serviços nessa área.

O monitoramento da situação alimentar e nutricional da população brasileira é feito por um conjunto amplo de estratégias de vigilância epidemiológica dentre elas pode-se apontar os inquéritos populacionais, chamadas nutricionais, pesquisas, estudos e informações geradas por sistemas de informações em saúde, dentre eles, para as ações de alimentação, aponta-se o SISVAN. A cobertura da população cearense pelo SISVAN deverá acontecer com a efetivação do sistema para toda rede de assistência pública e privada de saúde.

A política estadual de alimentação e nutrição deverá prover ações que atendam essa demanda, não somente no setor saúde, mas também para além desse setor, no que diz respeito a vertente do SISVAN que atende aos marcadores de consumo alimentar, relacionado ao setor produtivo.

As pesquisas realizadas no estado do Ceará sobre as condições de alimentação e nutrição da população são insuficientes ou focalizadas como se vê nos dados anteriormente apresentados. Será necessário maior interação entre os responsáveis pela gestão e as instituições de pesquisa do Estado (Universidades, Instituto de Pesquisa e

Estratégia Econômica do Ceará – IPEC, como exemplo, e outros afins) para maiores investimentos nessa área.

As ações de promoção de alimentação saudável e adoção de estilos de vida saudáveis preconizadas na PNPS deverão tomar parte na política estadual. Para consecução desse objetivo será necessária que a adoção das ações nessa área que sejam planejadas para melhoria do padrão de nutrição da população embasada no resgate de práticas alimentares regionais e no incentivo ao consumo de alimentos produzidos no nível local, possibilitando a diversidade e a modificação do atual modelo de consumo alimentar da população.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção desse trabalho corresponde ao interesse e compromisso da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará por meio da sua Coordenadoria de Políticas de Atenção à Saúde e da Área Técnica responsável pelo objeto de uma política de alimentação e nutrição no nível estadual que possa ser implementada de forma intersetorial sob a responsabilidade do setor saúde, que assume tal papel ao propor e assumir o papel de promotor, indutor e coordenador do processo de formulação da política, bem como contribuir para o seu reconhecimento, divulgação e execução.

Entendemos que para o reconhecimento da PEAN-CE será preciso que o processo de elaboração aconteça de forma participativa, o que significa assegurar a participação da sociedade civil, das instituições governamentais e não governamentais e do setor produtivo que atuam no campo da alimentação e nutrição.

A PEAN – CE deverá ter foco na pessoa, reconhecer o território, para promoção da saúde e para SAN. Contemplar ações para responder o cenário de transição nutricional que se impõe e que demanda uma nova forma de fazer políticas públicas, notadamente políticas de alimentação e nutrição.

A política de alimentação e nutrição elaborada deve estar em consonância com os princípios do SUS e contribuir para a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada e ser baseada no diagnóstico e análise da situação alimentar e nutricional, levando em consideração a diversidade loco-regional da alimentação e da nutrição e de seus determinantes e deverá ter como propósito promover saúde por meio de ações voltadas para a alimentação saudável.

Suas diretrizes deverão ser pautadas por ações intersetoriais comprometidas com a Segurança Alimentar e Nutricional, na promoção da alimentação adequada e saudável, na organização da atenção nutricional nos diferentes níveis de atenção à saúde, ampliação e aperfeiçoamento da vigilância alimentar e nutricional, no controle sanitário e regulação da produção dos alimentos postos para o consumo humano, capacitação de recursos humanos, incentivo a pesquisa e no controle social.

Será preciso que a política estadual de alimentação e nutrição possa contribuir para criação, institucionalização e fortalecimento das políticas municipais e da criação da área técnica de alimentação e nutrição nos municípios do Ceará.

Fortalecer o monitoramento e avaliação da implantação e implementação da política estadual e das municipais que venham a existir, contemplando os aspectos de gestão, recursos financeiros, pessoal, insumos, ações desenvolvidas e resultados.

A política estadual de alimentação e nutrição deverá contribuir para ampliar progressivamente o orçamento estadual destinado às ações de alimentação e nutrição em todas as esferas de gestão e níveis de complexidade do SUS, para implementação integral e efetiva das diretrizes propostas para essa política.

A política estadual de alimentação e nutrição deverá contribuir para criação e efetivação das Comissões Intersetoriais de Alimentação e Nutrição – CIAN no âmbito dos conselhos estadual e municipal, como previsto no artigo 13º da Lei 8080/90, para monitoramento e gestão da PEAN estadual e municipal e promover a interlocução entre os Conselhos de Saúde e os de SAN e demais conselhos afins nos municípios.

Esperamos com esse estudo ter realizado um diagnóstico geral das ações atualmente realizadas no âmbito do SUS, o qual possa fundamentar as linhas gerais do documento base para a elaboração da política estadual de alimentação e nutrição, que deverá ser norteadas pela PNAN, podendo sofrer modificações e, ou, adaptações de acordo com o diagnóstico aqui apresentado.

A etapa seguinte será a formação do grupo de trabalho de alimentação e nutrição (GT) que deve ser constituído por técnicos e especialistas identificados pelo dirigente da área responsável pelo tema da política no estado, o qual deve ser submetido à apreciação da Coordenação de Políticas de Atenção à Saúde (COPAS).

Recomendamos que participem do GT representantes dos Núcleos de Planejamento, Atenção Básica, Vigilância Sanitária, Atenção Secundária e Especializada da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA, das Coordenadorias Regionais de Saúde – CRES e do Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), além de consultores de notório saber da Universidade Estadual do Ceará e do Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição / Região Nordeste I – CECAN.

O GT deve ser formalizado por meio da publicação de portaria para o seu devido reconhecimento assinada pelo secretário estadual de saúde. Cabe a este GT a elaboração

e aperfeiçoamento do documento-base, o que se constitui na segunda fase de elaboração da política, após o que deverá ser será apreciada pela CIB e oficializada pela Secretaria de Saúde do Estado, o que se caracteriza como a terceira fase de elaboração – a legitimação da política.

REFERÊNCIAS

- ARRETCHE, M. T. S. **Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo**. Rev. Bras. Ci. Soc., São Paulo, vol. 14, n. 40, Jun. 1999.
- BASCH, P. Textbook of International Health. New York: Oxford University Press, 1990.
- BIHAN, L. G.; DELPEUCH, F.; MAIRE, B.; **Alimentação, Nutrição e Políticas Públicas. Cadernos de Proposição para o Século XXI**. Instituto Polis. São Paulo, p. 1 – 67 2002.
- BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação de Políticas e Programas em Alimentação e Nutrição. In: **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.
- BRASIL. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). **Relatório final da I Conferência Nacional sobre Saúde e Nutrição**, Brasília, 1986.
- _____. Portaria nº 080-P, de 16 de outubro de 1990. Constitui o Comitê Assessor do SISVAN para oferecer apoio técnico operacional à implementação do SISVAN. Brasília, 1990a.
- _____. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado; 2006. p. 01 -47.
- _____. Emenda Constitucional n. 64 de 4 de fevereiro de 2010a.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Curso Formação em Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília, 2009.
- _____. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição**. Perfil de crescimento da população brasileira de 0-25 anos. Brasília: INAN, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: MS, 1999a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 687, 30 mar. 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 31 mar. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, 28 mar. 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de saúde (PACS). Brasília: MS, 2006b.

_____. Portaria Interministerial n. 1.010 de 08 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Brasília: MS, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde – Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília, MS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Políticas de Saúde Metodologia de Formulação. Brasília, 1999b.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 15/09/2010. Brasília, 1990b.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990c.

_____. Ministério da Saúde. Matriz das Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde. Brasília, DF, 2008.

_____. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Disponível em: www.nutricao.saude.gov.br. Acesso em 22/12/2010. Brasil, 2010b.

_____. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/consea>>. Acesso em: 20 mar. 2008. Brasília, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS. PNAN 10 Anos – Relatório final. Brasília, jul. 2010c.

_____. Ministério da Saúde / DATASUS/Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde. Disponível em: www.nutricao.saude.gov.br. Acesso em: 10/12/2010 2010d.

_____. IBGE. Pesquisas de Orçamentos Familiares 2008 – 2009. Despesas, Rendimentos e Condições de Vida. Brasília:IBGE, 2010e.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Chamada Nutricional: um estudo sobre a situação nutricional de crianças do semiárido. Cadernos de Estudos nº 4. Brasília: MDS, 2006e.

_____. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN). SISVAN WEB. Módulo Relatórios Consolidados, 1º Vigência 2010. Disponível em: www.nutricao.saude.gov.br. Acesso em 12/12/2010. 2010f.

_____. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Programa de Suplementação de Vitamina A, sistema informatizado, Brasília, 2010g. Disponível em: www.saude.gov.br/nutricao> Acesso em: 16/12/ 2010.

_____. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, BRASIL, 2006f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Brasília: MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. Brasília, 2006g.

_____. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. princípios e diretrizes de uma política de segurança alimentar e nutricional. Texto de referência da III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, 2007.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: MDS, 2010h.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.570 DE 28 DE JUNHO DE 2007. Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, adote todas as providências necessárias à organização da assistência ao portador de obesidade grave. Brasília, 2007.

BURLANDY, L; MALUF, R. S. Soberania Alimentar – Dimensões de um Conceito em Construção e suas Implicações para a Alimentação no Cenário Contemporâneo. In: **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

BURLANDY, L. A saúde sob a ótica da segurança alimentar e nutricional. In: **Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS. PNAN 10 Anos – Relatório final**. Brasília, jul. 2010.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 5, nº 1, Rio de Janeiro, 2000.

CEARÁ. Secretaria de Desenvolvimento Agrário. Ceará. Programa de Aquisição de Alimentos, 2010a. Disponível em: www.sda.ce.gov.br. Acesso em 22/12/2010.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica e Estratégica do Ceará – IPECE. Pesquisa – Pobreza, distribuição de renda e PBF no Estado do Ceará. 2010b. Disponível em: www.ipece.ce.gov.br Acesso: 16/12/2010.

DIAS, M. A. de S. Intersetorialidade um Olhar da Saúde. **Revista Eletrônica Mensal da SMSA-PBH**. Edição nº 23, novembro 2003.

JANUZZI, Paulo Martino. **Indicadores Sociais no Brasil. Conceitos, Fontes de Dados e Aplicações**. 3. ed. 2ª impressão – Campinas, SP: Editora Alínea, 2006. 141p.

LANG, R. M. F.; RIBAS, M. T. G. de O. O Nutricionista e as Ações de Nutrição em Saúde. In: **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

LEÃO, M. M. CASTRO, I. R. R. Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição. O contexto político-institucional das políticas de alimentação e nutrição a partir da década de 1980. In: KAC, G. **Epidemiologia Nutricional**, 2007. Cap.30, p. 519 – 541.

MONTEIRO, C. A. ; MONDINI, L. Mudanças no padrão de alimentação. In: MONTEIRO, C. A. (Org) **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. 2 ed. Aum. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000. Cap 4, p 79-89.

REDEANDEBRASIL. Pacto pelas Crianças de Semi-árido. Disponível em: <www.redeandibrasil.org.br> Acesso. 16/12/ 2010.

STARFIELD, B. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/ Brasil/Ministério da Saúde, 2004.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: **Políticas Públicas no Brasil**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2007.

VASCONCELOS, C. M.. PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2007. Cap. 16, p. 531 – 562.

ANEXO

**Anexo 1. Identificação das Ações de Alimentação e Nutrição no âmbito do SUS -
Questionário para o coordenador municipal das ações de alimentação e nutrição**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO-GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

IDENTIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO ÂMBITO DO SUS

- Questionário para o coordenador municipal das ações de alimentação e nutrição -

**Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição
SEPN 511 Bloco C Edifício Bittar IV 4º Andar
Brasília – DF – CEP: 70.000.750-543
Tel.: (61) 3448-8317/ 3448-8283/ 3448-8317
Fax: (61) 3448-8228
e-mail: cgpan@saude.gov.br**

Ações/serviços de alimentação e nutrição no âmbito do SUS.

Este questionário tem por objetivo identificar as ações e serviços de alimentação e nutrição realizados na rede SUS em seu município, desde a atenção básica a média e alta complexidade. Contamos com a colaboração de Vossa Senhoria para que as experiências locais possam ser conhecidas e valorizadas pelo seu estado.

O questionário que se segue esta dividido em duas partes, uma primeira voltada às ações/serviços de nutrição na atenção básica e outra, que abrange ações de média e alta complexidade. Os itens descritos orientam a identificação de ações/serviços incentivados pelo Ministério da Saúde e outros. Contudo, o questionário apresenta campos que permitem acrescentar outras ações realizadas localmente que não foram citadas nos itens sugeridos.

Bom Trabalho!

ATENÇÃO BÁSICA

1) Estimulo às ações intersetoriais de modo geral e com vistas ao acesso universal aos alimentos		
1.1) Ações de alimentação e nutrição desenvolvidas em parceria com a Estratégia Saúde da Família		
Ações	Como essas ações são organizadas no município?	Onde são desenvolvidas?
() Treinamento de agentes comunitários de saúde	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Outros: especificar	() Unidades Básicas de Saúde () Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Avaliação e acompanhamento do estado nutricional das famílias	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Outros: especificar	() Unidades Básicas de Saúde () Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Desenvolvimento de atividades educativas	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Outros: especificar _____	() Unidades Básicas de Saúde () Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Outras, especificar:		
1.2) Ações de alimentação e nutrição desenvolvidas em parceria com Secretaria Municipal de Educação/Instituições de Ensino		
() Reorganização da merenda escolar		
() Campanhas sobre alimentação saudável entre os escolares		
() Programa Saúde nas Escolas		
() Outras, especificar		
1.3) Ações de alimentação e nutrição desenvolvidas em parceria com Instituições Religiosas		
() Aquisição e distribuição de alimentos		
() Hortas e/ou cozinhas comunitárias		
() Capacitação da comunidade		
() Outras, especificar		
1.4) Ações de alimentação e nutrição desenvolvidas em parceria com ONGS e OCIPS		
() Realização de convênios para incentivar projetos de alimentação e nutrição		
() Integração dos programas de alimentação e nutrição com outras ações sociais		
() Inserção do tema alimentação e nutrição em ações desenvolvidas por estes organismos		
() Outras, especificar		
1.5) Ações de alimentação e nutrição desenvolvidas em parceria com os setores de trabalho/emprego e produtivo		
() Reorganização do sistema produtivo		
() Incentivo à agricultura familiar e/ou ao pequeno produtor		
() Articulação com o Programa de Alimentação do Trabalhador		
() Outras, especificar		

1.6) Ações de alimentação e nutrição desenvolvidas em parceria com a Sociedade Civil (Ex: Conselhos de Saúde, Conselhos Comunitários...)
<input type="checkbox"/> Participação no Conselho Municipal de Saúde
<input type="checkbox"/> Incentivo à ações de alimentação e nutrição junto à comunidade
<input type="checkbox"/> Articulação com entidades da sociedade civil . Quais?
<input type="checkbox"/> Outras, especificar
2) Ações de alimentação e nutrição voltadas para garantia da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto
2.1) Ações de Vigilância Sanitária
<input type="checkbox"/> Existência de um Centro de Vigilância Sanitária atuante
<input type="checkbox"/> Fiscalização e inspeção sanitária de supermercados, feiras e restaurantes
<input type="checkbox"/> Fiscalização e inspeção sanitária de indústrias alimentícias
<input type="checkbox"/> Fiscalização e inspeção sanitária da produção de alimentos
<input type="checkbox"/> Ações de controle sanitário (liberação de registros de produtos
<input type="checkbox"/> Coleta de amostras de alimentos para análise
<input type="checkbox"/> Outras, especificar
2.2) Ações Intersetoriais e Informativas
<input type="checkbox"/> Ações e parceria com órgãos de proteção do consumidor
<input type="checkbox"/> Articulação com entidades da sociedade civil. Quais?
<input type="checkbox"/> Articulação com entidades do setor produtivo Quais?
<input type="checkbox"/> Desenvolvimento de estratégias para divulgação de informações relevantes à população
<input type="checkbox"/> Outras, especificar

4) Ações de alimentação e nutrição voltadas para promoção de hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis.
4.1) Ações para criação de políticas públicas que promovam a PAS
() Existência de política municipal de promoção da saúde
() Existência de política municipal de promoção da alimentação saudável
() Articulação com organismos não governamentais para a promoção da alimentação saudável. Especifique:
() Articulação com universidades para a promoção da alimentação saudável. Especifique:
() Articulação com instituições de pesquisa para a promoção da alimentação saudável. Especifique:
() Articulação com sociedade civil para a promoção da alimentação saudável. Especifique:
() Articulação com comunidades para a promoção da alimentação saudável. Especifique:
() Articulação com setor privado para a promoção da alimentação saudável. Especifique:
() Articulação com meios de comunicação para a promoção da alimentação saudável. Especifique:
() Outras, especifique:
4.2) Ações para criação de ambientes favoráveis que promovam a PAS
() Existência de programas locais que visem a criação de ambientes favoráveis. Exemplifique:
() Implementação de ações previstas na Portaria 1010, de 08/05/2006 (PAS nas escolas)
() Implementação de ações previstas na Portaria Interministerial nº 66, de 25 de agosto de 2006 (Política Nacional de Promoção da Saúde)
() Monitoramento, fiscalização ou regulamentação da publicidade e promoção de alimentos.
() Monitoramento, fiscalização ou regulamentação da redução do teor de gorduras, açúcares e sódio nos alimentos industrializados e comercializados em restaurantes e redes de fast food.
() Outras. Especifique:
4.3) Ações para o reforço da ação comunitária
Existem ações para reforçar da ação comunitária com vistas à promoção da alimentação saudável no município? () Sim () Não Quais?
4.4) Ações para a reorientação dos serviços de saúde
() Elaboração de planos locais para Promoção da Alimentação Saudável na Atenção Básica
() Estratégias para formação de agentes comunitários de saúde para Promoção da Alimentação Saudável
() Articulação com instituições de ensino para formação de profissionais de saúde voltadas para a Promoção da Alimentação Saudável
() Inclusão da alimentação saudável na lógica dos programas de alimentação e nutrição existentes
() Outras, Especifique:

5) Ações voltadas para prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição		
5.1) Micronutrientes		
Ações	Como essas ações são organizadas no município?	Onde são desenvolvidas?
() Programa de Suplementação de Vitamina A	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Por condição de saúde (hipertensos, diabéticos, obesos) () Outros: especificar	() Unidades Básicas de Saúde () Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Programa de Suplementação de Ferro	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Por condição de saúde (hipertensos, diabéticos, obesos) () Outros: especificar	() Unidades Básicas de Saúde () Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Suplementação de outras vitaminas e/ou minerais. Quais?	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Por condição de saúde (hipertensos, diabéticos, obesos) () Outros: especificar	() Unidades Básicas de Saúde () Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Fortificação de alimentos em nível municipal ou estadual	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Por condição de saúde (hipertensos, diabéticos, obesos) () Outros: especificar	() Unidades Básicas de Saúde () Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Distribuição de alimentos fortificados	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Por condição de saúde (hipertensos, diabéticos, obesos) () Outros: especificar	() Unidades Básicas de Saúde () Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Distribuição de Polivitamínicos	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Por condição de saúde (hipertensos, diabéticos, obesos) () Outros: especificar	() Unidades Básicas de Saúde () Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Distribuição de Poliminerais	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Por condição de saúde (hipertensos, diabéticos, obesos) () Outros: especificar	() Unidades Básicas de Saúde () Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Distribuição de alimentos para populações específicas	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Por condição de saúde (hipertensos, diabéticos, obesos)	() Unidades Básicas de Saúde

	() Outros: especificar	() Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Educação Nutricional (realização de palestras, distribuição de material educativo, atividades com a participação da população de risco)	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Por condição de saúde (hipertensos, diabéticos, obesos) () Outros: especificar	() Unidades Básicas de Saúde () Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Serviço ou programa para tratamento de crianças com desnutrição	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Por condição de saúde (hipertensos, diabéticos, obesos) () Outros: especificar	() Unidades Básicas de Saúde () Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Outras, especificar		

5.2) Ações para prevenção, controle e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Ações	Como essas ações são organizadas no município?	Onde são desenvolvidas?
() Atendimento ambulatorial de nutrição e dietética	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Outros: especificar	() Unidades Básicas de Saúde () Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Grupos de Educação Nutricional voltada para patologias específicas como Diabetes, Hipertensão, Obesidade, Dislipidemias.	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Outros: especificar	() Unidades Básicas de Saúde () Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Monitoramento de fatores de risco para DCNT	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Outros: especificar	() Unidades Básicas de Saúde () Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Grupos de Educação Nutricional voltada para outras patologias. Quais?	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Outros: especificar	() Unidades Básicas de Saúde () Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Parceria com outras áreas da saúde ou programas (ex: saúde mulher, idoso, mental). Quais?	() Por fase do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) () Por situação da Saúde (por exemplo gestação e lactação) () Outros: especificar	() Unidades Básicas de Saúde () Hospitais; () Escolas; () Outros, especificar
() Outras, especificar		

6) Ações voltadas para promoção de linhas de investigação		
Ações	Quem realiza estas atividades?	Que população é pesquisado?
() Realização de pesquisas sobre desnutrição energético-protéica	() Centros de referência por meio da celebração de convênios () Organizações não governamentais por meio da celebração de convênios () Equipes de investigação e pesquisa do próprio município () Outros: especificar	() Crianças (menores de 2 anos) () Crianças (fase pré-escolar) () Crianças (fase escolar) () Adolescentes () Gestantes () Idosos () Outros: especificar
() Realização de pesquisas sobre deficiência de Ferro	() Centros de referência por meio da celebração de convênios () Organizações não governamentais por meio da celebração de convênios () Equipes de investigação e pesquisa do próprio município () Outros: especificar	() Crianças (menores de 2 anos) () Crianças (fase pré-escolar) () Crianças (fase escolar) () Adolescentes () Gestantes () Idosos () Outros: especificar
() Realização de pesquisas sobre deficiência de vitamina A	() Centros de referência por meio da celebração de convênios () Organizações não governamentais por meio da celebração de convênios () Equipes de investigação e pesquisa do próprio município () Outros: especificar	() Crianças (menores de 2 anos) () Crianças (fase pré-escolar) () Crianças (fase escolar) () Adolescentes () Gestantes () Idosos () Outros: especificar
() Realização de pesquisas sobre deficiência de iodo	() Centros de referência por meio da celebração de convênios () Organizações não governamentais por meio da celebração de convênios () Equipes de investigação e pesquisa do próprio município () Outros: especificar	() Crianças (menores de 2 anos) () Crianças (fase pré-escolar) () Crianças (fase escolar) () Adolescentes () Gestantes () Idosos () Outros: especificar
() Realização de pesquisas sobre deficiência de outros micronutrientes. Quais?	() Centros de referência por meio da celebração de convênios () Organizações não governamentais por meio da celebração de convênios () Equipes de investigação e pesquisa do próprio município () Outros: especificar	() Crianças (menores de 2 anos) () Crianças (fase pré-escolar) () Crianças (fase escolar) () Adolescentes () Gestantes () Idosos () Outros: especificar
() Realização de pesquisas sobre doenças crônicas não-transmissíveis	() Centros de referência por meio da celebração de convênios () Organizações não governamentais por meio da celebração de convênios () Equipes de investigação e pesquisa do próprio município () Outros: especificar	() Crianças (menores de 2 anos) () Crianças (fase pré-escolar) () Crianças (fase escolar) () Adolescentes () Gestantes () Idosos () Outros: especificar
() Realização de pesquisas de consumo e/ou hábitos alimentares	() Centros de referência por meio da celebração de convênios () Organizações não governamentais por meio da celebração de convênios () Equipes de investigação e pesquisa do próprio município () Outros: especificar	() Crianças (menores de 2 anos) () Crianças (fase pré-escolar) () Crianças (fase escolar) () Adolescentes () Gestantes () Idosos () Outros: especificar
() Realização de pesquisas sobre composição de alimentos e/ou refeições	() Centros de referência por meio da celebração de convênios () Organizações não governamentais por meio da celebração de convênios () Equipes de investigação e pesquisa do próprio município () Outros: especificar	
() Outras, especificar:		

7) Ações de alimentação e nutrição voltadas para o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos	
Ações	Estratégias Adotadas
() Articulação com estabelecimentos de ensino profissional	() Oferecimento de cursos () Elaboração de materiais didáticos () Inclusão do tema nos currículos () Outros: especificar _____
() Articulação com estabelecimentos de ensino superior	() Oferecimento de cursos () Elaboração de materiais didáticos () Inclusão do tema nos currículos () Outros: especificar _____
() Articulação com Estratégia Saúde da Família na formação de Agentes Comunitários de Saúde	() Oferecimento de cursos () Elaboração de materiais didáticos () Inclusão do tema nos currículos () Outros: especificar _____
() Articulação com Secretaria Municipal de Educação	() Oferecimento de cursos () Elaboração de materiais didáticos () Inclusão do tema nos currículos () Outros: especificar _____
() Capacitação interna dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde	() Oferecimento de cursos () Elaboração de materiais didáticos () Outros: especificar _____
() Capacitação de outros setores sobre alimentação e nutrição	() Oferecimento de cursos () Elaboração de materiais didáticos () Outros: especificar _____
() Realização de eventos científicos	
() Outras, especificar	

MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

1) Ações de alimentação e nutrição relacionadas à Terapia Nutricional Hospitalar
1.1) Produção e fornecimento de refeições diárias
<input type="checkbox"/> Produzidas no local
<input type="checkbox"/> Produção terceirizada
<input type="checkbox"/> Produção em lactários
<input type="checkbox"/> Uso de sistemas fechados de nutrição enteral
<input type="checkbox"/> Outras, especificar
1.2) Assistência Nutricional à Pacientes Internados
<input type="checkbox"/> Avaliação e monitoramento do estado nutricional dos pacientes
<input type="checkbox"/> Prescrição Dietética
<input type="checkbox"/> Orientação nutricional de pacientes e familiares na ocasião da alta hospitalar
<input type="checkbox"/> Estudos de casos clínicos com participação multiprofissional
<input type="checkbox"/> Outras, especificar
1.3) Atividades de Ensino e pesquisa
<input type="checkbox"/> Supervisão de estágio curricular e/ou voluntário
<input type="checkbox"/> Atividades de pesquisa e publicações
<input type="checkbox"/> Realização de cursos de atualização e especialização
<input type="checkbox"/> Realização de treinamento e educação continuada voltadas para os funcionários do serviço
<input type="checkbox"/> Outras, especificar
2) Ações relacionadas à Terapia Nutricional Domiciliar/Ambulatorial
2.1) Atividades Domiciliares
<input type="checkbox"/> Avaliação e acompanhamento nutricional domiciliar
<input type="checkbox"/> Prescrição e dispensação de fórmulas alimentares industrializadas
<input type="checkbox"/> Orientação nutricional
<input type="checkbox"/> Trabalho em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde. Qual?
<input type="checkbox"/> Outras, especificar
2.2) Atividades Ambulatoriais
<input type="checkbox"/> Assistência Nutricional a Pacientes Externos
<input type="checkbox"/> Estímulo a atividades educativas na Cozinha Experimental
<input type="checkbox"/> Educação Nutricional (realização de palestras, distribuição de material educativo, atividades com a participação da população de risco)
<input type="checkbox"/> Outras, especificar
2.3) Atividades Ambulatoriais: Atendimento, avaliação e acompanhamento de grupos específicos.
<input type="checkbox"/> Erros Inatos do Metabolismo
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Obesidade
<input type="checkbox"/> Dislipidemias
<input type="checkbox"/> Doenças Degenerativas (Alzheimer, Parkinson...)
<input type="checkbox"/> Outras, especificar
4-Existe Programa para Dispensação de Fórmulas Alimentares Industrializadas no âmbito do SUS?
4.1 () SIM
Descreva o programa de forma sucinta informando: pacientes atendidos, fórmulas dispensadas, existência de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (Quais?), custo médio anual com a dispensação e profissionais de saúde envolvidos.
4.2 () NÃO
Como é realizado o atendimento dessa demanda?
<input type="checkbox"/> Atendimento dos casos apenas sob solicitação judicial
<input type="checkbox"/> Atendimento de casos judiciais e não-judiciais mas sem acompanhamento do paciente
<input type="checkbox"/> Outras. Especificar

APÊNDICE

Apêndice 1. Orientações para auxiliar na resolução do questionário intitulado: Identificação das Ações de Alimentação e Nutrição no Âmbito do SUS – Questionário para o coordenador municipal das ações de alimentação e nutrição.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
MESTRADO ACADÊMICO DE SAÚDE COLETIVA
ALUNA: LUÍSA MARIA OLIVEIRA PINTO

O questionário tem por objetivo identificar ações/serviços de alimentação e nutrição no âmbito do SUS.

Está dividido em duas partes, uma primeira mais extensa que faz o levantamento sobre as ações desenvolvidas na Atenção Básica e a segunda sobre as ações desenvolvidas na média e alta complexidade.

No questionário onde encontra-se a coluna: Ações entende-se por ações todas as atividades desenvolvidas no município e que estejam relacionadas a alimentação e nutrição.

Para a coluna, como essas ações são organizadas no município? Deve-se considerar o público alvo dessas ações/atividades. Onde poderão ser assinalados um ou mais itens, e até mesmo todos os itens.

E para o item, onde são desenvolvidas? O local onde as ações/atividades são realizadas.

A opção: outros, especificar. Deverá ser respondida sempre que assinalada.

As perguntas abertas, se as respostas excederem o número de linhas disponíveis, favor utilizar o verso da página.

Estarão disponíveis para pesquisa a impressão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e da Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde.

É importante lembrar que a pesquisadora estará disponível por todo o tempo de aplicação da pesquisa.

Lembre-se que a participação do seu município na pesquisa será de fundamental importância para elaboração do documento que servirá para elaboração da Política Estadual de Alimentação e Nutrição, PEAN – CE.