

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL
DOUTORADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO
DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

FRANCISCA MARIA ASSMANN WICHMANN

**DIMENSÃO POLÍTICO-INSTITUCIONAL NA IMPLEMENTAÇÃO DA
VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: O CASO DA
MACRORREGIÃO DOS VALES - RS**

Santa Cruz do Sul, agosto de 2010

Francisca Maria Assmann Wichmann

**DIMENSÃO POLÍTICO-INSTITUCIONAL NA IMPLEMENTAÇÃO DA
VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: O CASO DA
MACRORREGIÃO DOS VALES - RS**

Versão Final da tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. Marcos A. F. Ferreira

Santa Cruz do Sul, agosto de 2010

Francisca Maria Assmann Wichmann

**DIMENSÃO POLÍTICO-INSTITUCIONAL NA IMPLEMENTAÇÃO DA
VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: O CASO DA MACRORREGIÃO
DOS VALES – RS**

Esta Tese foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito para obtenção do título de doutor em Desenvolvimento Regional.



Dr. Marcos Artêmio Fischborn Ferreira
Professor Orientador



Dr. Dieter Rugard Siedenberg



Dr.ª Erica Karnopp



Dr.ª Sandra Maria Chaves dos Santos



Dr.ª Liane Beatriz Righi

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar aqui meus sinceros agradecimentos aos que colaboraram para a realização deste trabalho.

A Deus, a quem me entrego, pela proteção, luz e força... sempre!

Ao Prof. Dr. Marcos A. F. Ferreira, verdadeiro orientador e mestre, que aceitou este desafio e me guiou, confiando em mim como profissional e pessoa, sendo referência e suporte, na busca pelo meu aprimoramento. Suas mãos orientadoras e seu olhar criterioso me guiaram, de modo essencial, para alcançar meus objetivos.

À minha família pelo apoio nos momentos difíceis e, por acreditar, também, que esta tese representa uma grande conquista; em especial, às minhas filhas pela compreensão durante a minha ausência e a meu esposo pela paciência; à minha mãe e aos meus irmãos pelo apoio incondicional.

À minha amada irmã – Maristela, pela presença sempre carinhosa e a minha bolsista Analie Couto, pelo comprometimento, paciência, carinho e atenção e, acima de tudo, pelo companheirismo e pelas palavras amigas nos momentos mais difíceis.

Aos meus amigos, pela paciência, disponibilidade e grande apoio sem os quais o caminho teria sido mais difícil, especialmente a minha amiga e irmã Dirce Meinhardt, que me acompanhou nesta caminhada, dispensando seus ensinamentos e seu apoio incondicional em todos os momentos.

Aos sujeitos da pesquisa que me deram a honra de aprender com sua sabedoria e que concederam informações essenciais para a realização da pesquisa.

Finalmente, a todos que acreditaram em meu potencial.

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

Ao Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, aos professores e aos atendentes que sempre dispensaram amizade e apoio em todos os momentos.

À Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN - Ministério da Saúde, à equipe da Política de Alimentação e Nutrição do Estado do Rio Grande do Sul – PANRGS, à Comissão Interinstitucional de Alimentação e Nutrição, à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, às Secretarias Municipais de Saúde e ao Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional representadas na amostra, que apoiaram e participaram da pesquisa, vencendo cada dificuldade.

Em especial, aos colegas das Coordenadorias Regionais de Saúde da Macrorregião dos Vales do Estado do Rio Grande do Sul, que confiaram na proposta e ofereceram condições de trabalho e suporte à pesquisa.

E minha eterna gratidão e reconhecimento aos Técnicos de Saúde implementadores da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional dos treze municípios de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde.

DE TUDO FICARAM TRÊS COISAS...

De tudo ficaram três coisas...

A certeza de que estamos começando...

A certeza de que é preciso continuar...

**A certeza de que podemos ser interrompidos
antes de terminar...**

Façamos da interrupção um caminho novo...

Da queda, um passo de dança...

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte...

Da procura, um encontro!

Fernando Sabino

RESUMO

Nesta Tese, o estudo de uma política pública descentralizada se deu a partir de uma análise de implementação da mesma através do envolvimento dos níveis estadual, regional. A pesquisa realizada refere-se à implementação de política pública de vigilância alimentar e nutricional, à luz da política de segurança alimentar, consubstanciada na Constituição Federal (1988), levada a efeito sob a responsabilidade dos entes federados, a partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), no período de 2001 a 2007. A investigação do nível de institucionalização da política tratou da correspondência entre o instituído pela política nacional e os movimentos produzidos nas arenas decisórias locais, que vão esculpindo o campo da gestão da vigilância alimentar e nutricional, no território da Macrorregião de Saúde dos Vales/RS. Observa-se que as concepções aqui desenvolvidas apontam para a baixa capacidade institucional de impulsionar as ações de vigilância alimentar e nutricional. A análise empreendida identificou dificuldades de ordem estrutural, institucional e política. Entre as dificuldades estruturais desponta a limitada integração entre a vigilância alimentar e nutricional com outras políticas públicas e à baixa capacidade para promover articulação de atores regionais envolvidos. Em relação às dificuldades de ordem institucional, as ações de vigilância alimentar e nutricional são propostas para o conjunto do estado, com baixa consideração das peculiaridades regionais. E por último o grupo de dificuldades se relaciona a variáveis políticas. Destacam-se, nesse sentido as inflexões na conjuntura do Governo Estadual: baixa prioridade da política na agenda principal dos dirigentes do Estado com maior poder decisório, visto que a pesquisa registrou uma distância entre o reconhecimento da relevância dessa política e a sua priorização efetiva pelos dirigentes. Portanto, de forma geral, a lógica regional não se mostra fortemente presente na formulação, implementação, planejamento, financiamento e regulação da política estadual de vigilância alimentar e nutricional. Como política pública relativamente nova esta pode ser rediscutida, concertada ou realinhada ao longo do caminho a ser trilhado nas ações de desenvolvimento territorial.

Palavras-chave: SISVAN, Vigilância Alimentar e Nutricional, implementação de políticas públicas; gestão descentralizada de políticas públicas, governança multinível.

ABSTRACT

In this thesis, the process of public policies implementation was analyzed considering the policy analysis approach with other theoretical referentials used in this field in Brazil. The research refers to the implementation of the nutritional and alimentary surveillance public policy, at the alimentary security policy, substanciaded at the Federal Constitution (1988), under the responsibility of the Federate beings, from the Health Organic Law (number 8080/90). The investigation of the policy implementation at local and regional levels was based on the expected correspondence between the decided by federal level of the policy and the the local arenas movements and decisions, that define the nutritional and alimentary vigilance management, in the Vales-RS macroregion territory. The conceptions here developed point to a low institutional capacity to launch nutritional and alimentary surveillance actions. The analysis identified political, institutional and structural problems. Among the structural difficulties (com 2 efes) are the scarce integration between the nutritional and alimentary surveillance, public health and other connected social policies, so as low capacity for regional actors articulation involved in this process. Considering institutional difficulties, nutritional and alimentary surveillance, some actions are proposed by the state level, with little concern to the regional peculiarities. At last, a considerable amount of difficulties (com 2 efes) is related to political variables. The inflections at the State Government affairs are highlighted because of the low priority of this policy in the State ruling agenda, and the analysis showed a long distance between the discursive acknowledgement of the relevance of this policy and its effective importance by the ruling members regarded the actions and results. So, in a general way, the regional logic is not strongly present in the formulation, implementation, planning, financing and regulation of the State nutritional and alimentary Surveillance policy.

Key-Words: Nutrition and Food Surveillance System, public policy implementation; public policies; decentralized policy management, multilevel governance

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Descrição das Macrorregiões de Saúde com suas Regionais de Saúde e seus municípios polos. 26
- Quadro 2.** Caracterização de Indicadores Sociais e de Saúde dos municípios polos da Macrorregião de Saúde. 26
- Quadro 3.** Modelo de Organização do Painel de Depoimentos Discursivos. 35
- Quadro 4.** Cinco estágios do ciclo da política e sua relação com a aplicação do método de solução do problema. 54
- Quadro 5.** Descrição do Cronograma das proposições de estratégias de implementação de ações para a efetivação da política de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul 102
- Quadro 6.** Descrição das Estratégias de implementação de ações para a efetivação da política de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul. 103
- Quadro 7.** Descrição das fragilidades e potencialidades relatadas pelos técnicos implementadores nas regionais de saúde frente às responsabilidades institucionais e estratégicas de atenção á saúde com a PVAN-RS. 155
- Quadro 8.** Descrição dos obstáculos e das facilidades para o sucesso da política entre as instâncias governamentais (governo Federal e Estadual; Governo Federal e Municipal e Governo Estadual e Municipal) observadas pelos técnicos implementadores nas regionais de saúde no momento da implementação da PVAN. 159
- Quadro 9.** Descrição dos obstáculos e das facilidades para o sucesso da política entre as instâncias governamentais (Nível Central e Nível Regional da SES no RS; Nível Regional (SES) e Municípios no RS) observadas pelos técnicos implementadores nas regionais de saúde no momento da implementação da PVAN. 160
- Quadro 10.** Distribuição do número de indivíduos acompanhados com registro no SISVAN Web, segundo fase da vida e Unidade Federativa. Rio Grande do Sul, 2008. 182

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Regionalização do SUS no Rio Grande do Sul segundo as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e 7 Macrorregiões de Saúde, 2000. 25
- Figura 2.** Descrição do desenho da configuração do estudo segundo os níveis que integraram a análise da dimensão regional. 27
- Figura 3.** Descrição da nova logomarca do SISVAN-WEB que enfatiza o novo olhar da vigilância nas ações em saúde. 110
- Figura 4.** Distribuição em ordem de importância das ações de coordenação, sensibilização, capacitação e/ou monitoramento como estratégia de obtenção de melhores resultados nas regionais de saúde na organização da implementação da PVAN na região. 153
- Figura 5.** Descrição dos Resultados em ordem de importância dos níveis de governo no momento da implementação da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional (PVAN) pelos agentes implementadores nas regionais de saúde – RS– junho 2008. 157
- Figura 6.** Distribuição do grau de importância (muito fraco, fraco, moderado e forte) dos processos que envolvem linhas de compromisso público/apoio/interação/cooperação/reciprocidade entre as esferas de governo no momento da implementação da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional (PVAN) nas regionais de saúde – RS –junho 2008. 158
- Figura 7.** Descrição da importância dos processos que envolvem linhas de envolvimento/ compromisso público / apoio /interação/ cooperação/ reciprocidade entre os diversos setores envolvidos no momento da implementação da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional (PVAN) nas regionais de saúde - RS - junho 2008. 161

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATAN	Área Técnica de Alimentação e Nutrição
CECAN	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição
CES	Conselho Estadual de Saúde
CESANS	Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável
CGBF	Conselho Gestor Bolsa Família
CIAN	Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição
CIB/RS	Comissão Intergestores Bipartite –Rio Grande do Sul
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CGBF	Conselho Gestor do programa Bolsa Família
CGPAN	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSANS	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
COGERE	Colegiado de Gestão Regional
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
COREDES	Conselhos Regionais de Desenvolvimento
CPAN	Coordenação da Política de Alimentação e Nutrição
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DAS	Departamento de Ações em Saúde
FAMURGS	Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul
FAO	Food and Agriculture Organization
GP	Gestão Plena
GPB	Gestão Plena da Básica
ICCN	Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBA	Programa Bolsa Alimentação
PBF	Programa Bolsa Família
PCA	Programa de Cidadania Alimentar
PCCN	Programa de Combate as Carências Nutricionais
PESANS	Plano Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SEAS	Secretaria Estadual de Assistência Social
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
EN	Entrevistado do Nível Nacional
EC	Entrevistado do Nível Central
ER	Entrevistado do Nível Regional
EM	Entrevistado do Nível Microterritório

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
PARTE I - A CONSTRUÇÃO DE UM OBJETO COMPLEXO EM POLÍTICAS PÚBLICAS - A POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL:TEORIA E MÉTODO	20
2 A CONSTRUÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA DO OBJETO DE PESQUISA.	21
2.1 Características da região estudada e critérios de seleção da pesquisa.	24
2.2 Procedimentos metodológicos	28
2.3 Organização dos dados e encaminhamentos da análise.....	32
3 POLÍTICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL NA AGENDA DO DESENVOLVIMENTO.	37
4 O VALOR DO ESTUDO DA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DESCENTRALIZADAS: A QUESTÃO DOS MÚLTIPLOS NÍVEIS DE GESTÃO E SUAS COMPETÊNCIAS	47
4.1 Referenciais teóricos para a análise de políticas públicas.	48
4.2 Análises de políticas públicas: o ciclo da política	54
4.3 A implementação de políticas públicas em Estados democráticos e federativos.	65
4.4 O significado da governança multinível em políticas descentralizadas..	70
4.5 Fatores favorecedores da implementação regionalizada de políticas no Rio Grande do Sul	75
PARTE II - HISTÓRIA E ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA POLÍTICA NACIONAL E SEUS DESDOBRAMENTOS NO RIO GRANDE DO SUL	82
5 OS DESAFIOS DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR, A AGENDA NACIONAL E SUA IMPLEMENTAÇÃO DE FORMA DESCENTRALIZADA	84
6 VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: DILEMAS DE IMPLEMENTAÇÃO NO RIO GRANDE DO SUL E NA MACRORREGIÃO DOS VALES.....	115
6.1 A política nacional de vigilância alimentar e nutricional, seu desenho e diretrizes para a implementação descentralizada	116
6.2 Desafios e obstáculos envolvidos no processo de implementação da vigilância alimentar e nutricional em nível estadual.....	130
6.3 Visão institucional da implementação nas regionais de saúde do estado do Rio Grande do Sul..	151
6.4 Implementação territorial - da vigilância alimentar e nutricional..	166
6.5 O drama institucional na implementação de uma política descentralizada.....	188
6.5.1 Características institucionais na implementação.....	189
6.5.2 Articulações e cooperação entre programas.....	204
6.5.3 Setorialização-articulação entre os conselhos e colegiados.	209
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	216
REFERÊNCIAS	223
APÊNDICES	235

1 INTRODUÇÃO

Nas duas últimas décadas, a agenda social do Estado brasileiro tem se debatido entre as necessidades crescentes de medidas de proteção e redução da pobreza via políticas estruturais e o desenho institucional das mesmas, e não tem dado conta dos desafios. As agências públicas e seus formuladores têm apresentado imensas dificuldades para obter sucesso na coordenação, implementação e gestão das políticas por estados e municípios. Este estudo foi em busca de elementos factuais e discursivos para compreender alguns dos problemas mais sérios que interferem no ciclo dessas políticas, principalmente num período de ampliação sensível da agenda social no decênio 2001-2010. O foco está voltado para a política de vigilância alimentar e nutricional.

A trajetória da sociedade brasileira tem registrado grandes avanços na área da alimentação e nutrição, especialmente no que se refere à integração entre as políticas e as ações de saúde nacionais. A convocação mais recente dos vários segmentos da sociedade é a retomada vigorosa da segurança alimentar e nutricional (SAN) sustentável. Seu significado ampliado passa a ocupar a agenda pública, retomando, em grande parte, os esforços empreendidos pelo médico e sociólogo Josué de Castro, na década de 1940, na direção de tornar a alimentação prioridade política e demanda coletiva no país.

O interesse dos níveis políticos para com os problemas alimentares culminou em 1974, com a realização da I Conferência Mundial de Alimentos, em Roma. Uma de suas resoluções foi a recomendação de estabelecimento de Sistemas de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) que deveriam reunir dados de diferentes setores, como agricultura (atenção com a produção e distribuição de alimentos), economia (mecanismos de financiamento para produção, comercialização e políticas de racionalização da distribuição) e saúde (ênfase nos cuidados coletivos de saúde, pela promoção, prevenção e atenção a agravos próprios da escassez de alimentos ou ingestão inadequada de nutrientes). Essa definição conceitual, dada pela Organização Pan-Americana da Saúde, desde sua concepção até os dias de hoje, vem assumindo contornos próprios em cada país, de acordo com os objetivos estratégicos (ENGSTROM, 2002).

Considerando a trajetória da política de vigilância alimentar, podemos dizer que houve um amadurecimento da política, em especial no que se refere à integração com as políticas e ações de saúde nacionais. A criação de uma Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional e o estabelecimento de princípios básicos para a gestão e o financiamento de um

sistema nacional de SAN configuram uma perspectiva inovadora para o resgate de parcela substantiva da dívida social (Vasconcelos, 2006). Embora as raízes dos problemas de alimentação e nutrição residam, com certeza, nos fatores estruturais, ou seja, no modelo de desenvolvimento político, econômico e social adotado no Brasil nessas últimas décadas, a informação gerada pelo SISVAN pode apoiar na prevenção e influir de forma decisiva na solução dos distúrbios nutricionais da população (ENGSTROM, 2002).

A implementação da política de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), no Brasil, tem sido marcada pela superação de padrões tradicionais, valorizando a informação para elaboração, monitoramento e avaliação de programas e políticas públicas de alimentação e nutrição (Arruda, 2006). Os rumos do SISVAN podem ocupar um espaço político institucional como instrumento de definição de políticas públicas que, face à heterogeneidade dos agravos nutricionais e a complexidade dos fatores causais, no campo das políticas públicas, podem conjugar esforços intersetoriais e multidisciplinares para a implementação de ações articuladas e condizentes com as necessidades do perfil de saúde e nutrição da população. Além disso, é imperativo o desenvolvimento de uma agenda de promoção da saúde, capaz de prevenir riscos e evitar danos à saúde e os desfechos ocasionados pela transição nutricional (ENGSTROM, 2002).

Sem pretender esgotar essas questões, este estudo buscou explorar as possibilidades de interação das várias faces do direito à alimentação no processo de implementação de uma política nacional de vigilância alimentar e nutricional. Essa, entendida como potente ferramenta de medição do alcance da segurança alimentar e nutricional em diferentes esferas de governo e de revelação das desigualdades entre regiões, grupos populacionais e populações vulneráveis. As medidas sensíveis da fome e seus determinantes, da mudança do perfil de consumo de alimentos e fatores de risco que acompanham o modo de consumo (desnutrição e excesso de peso) são marcadores da forma como a sociedade atravessa as etapas de desenvolvimento econômico e social e incorpora ou abandona, em muitos casos, padrões de consumo, valores culturais e práticas de saúde (BRASIL, 2006f).

Parte-se do entendimento que, diante da heterogeneidade dos agravos nutricionais e da complexidade dos fatores causais, no campo dessa política, o grande desafio atual é traduzir as prioridades nutricionais em um conjunto de preferências políticas capaz de dialogar com as estruturas político-institucionais existentes e adotar a integralidade e a intersetorialidade como princípios estratégicos. É importante o desenvolvimento de uma agenda de aproximação entre as diferentes dimensões que compõem a segurança alimentar e a vigilância alimentar e nutricional que favoreça a interlocução e integração com atores sociais governamentais e não

governamentais, de forma transversal e intersetorial, tanto do ponto de vista temático quanto do institucional, na direção do fortalecimento da Alimentação e Nutrição no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um dos desafios deste estudo residiu na desmontagem analítica dos múltiplos nexos da rede de atores e instituições que implementam a política. Tal multiplicidade de conexões, além de exigir uma redefinição de práticas, comportamentos e atitudes dos envolvidos, expressa a complexidade da própria estratégia da vigilância alimentar e nutricional, exigindo articulação e parcerias entre setores, níveis de governo (federal, estadual e municipal) e sociedade. A trajetória pessoal de proximidade com o tema, por sua vez, provocou inquietações que culminaram no desenho de investigação que foi realizado.

Neste estudo, a vigilância alimentar e nutricional é vista pela sua função política - *a chamada advocacia – obtida a partir da conscientização dos governos e da sociedade sobre os problemas sociais da alimentação e da nutrição* (Batista Filho, Rissin, 1993:101). Os debates têm articulado diferentes dimensões da institucionalidade pública. Visam a somar esforços e congregar distintos atores em torno das agendas programáticas voltadas à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)¹ e à Segurança Alimentar e Nutricional², no escopo da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional³ e de todas as demais políticas que concorrem para o alcance dos objetivos antes declarados.

Pela extensão e complexidade do tema, muitas tensões foram vivenciadas pela pesquisadora durante o estudo. Uma das mais relevantes foi identificar o papel dos servidores da linha de frente do sistema e sua potencialidade para mudar os rumos da política, reconhecer as ambigüidades ou contradições do desenho original da política, as *questões práticas do dia-a-dia que podem influenciar o resultado da política e como esse resultado é influenciado pelo trabalho cotidiano da burocracia que a implementa* (Souza, 2006b:21).

¹**O Direito Humano à Alimentação Adequada** é um Direito Humano Fundamental Social, que consta, também, na Convenção dos Direitos da Criança, onde prevê que a criança tem o direito ao máximo grau de saúde, abordando a questão da fome e combate a desnutrição. Além da questão alimentar está impreterivelmente relacionado à dignidade da pessoa humana, à justiça social e à realização de outros direitos (direito à terra para nela produzir alimentos, ao meio-ambiente equilibrado e saudável, à saúde e à educação, à cultura, ao emprego e à renda, entre outros), devendo ter políticas públicas e sociais, transversais a todos esses direitos.

²**Segurança Alimentar e Nutricional** – SAN é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis.

³**O Projeto de Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional** (LOSAN) institui o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com o objetivo de assegurar de forma sustentável o direito humano à alimentação adequada para toda população brasileira foi apresentado à Câmara dos Deputados pela Presidência da República no dia 17 de outubro de 2005.

Outra, foi reconhecer o jogo político como essencial à vida democrática e fundamental para o controle social da ação do governo através dos *stakeholders*⁴ e dos mecanismos de *ownership*⁵ da política pelos setores estratégicos que dão sustentação e legitimidade à implementação da política.

Tudo isso indica que o escopo dos problemas e ações implicadas no entorno do tema da Vigilância Alimentar e Nutricional é extremamente complexo. Entender o território nebuloso foi o grande desafio encontrado pela pesquisadora que, antes de tudo, teve que se despir de sua visão lógica e técnica para mergulhar num mundo totalmente novo, onde, de fato, a política acontece e toma forma, não com padrões claros e definidos, mas sim *como um jogo entre implementadores onde papéis são negociados, os graus de adesão ao programa variam, e os recursos entre atores são objeto de barganha* (SILVA MELO, 2000: 9).

Do mesmo modo, compreender como os agentes implementadores se apropriam do programa de forma a maximizar interesses, consolidar alianças ou possibilitar inovações sociopolíticas, sobretudo nos diversos níveis de governo e nas distintas organizações envolvidas no momento da implementação da política, demandaram um entendimento acerca das relações entre o grau de implementação e o contexto político organizacional. A análise histórica do modo de ocorrência dos processos foi um dos pontos centrais da abordagem. Seu núcleo encontra-se nas instituições como relações padronizadas, em que as interações entre as regras, os atores, interesses, estratégias e poderes são identificadas e integradas em um dado contexto, possibilitando capturar a complexidade das situações políticas reais.

Pela própria característica dessa política e dos arranjos políticos e institucionais que a mesma requer, foi fundamental identificar e apreender algumas das principais razões que definem o rumo de uma política pública dessa importância para uma região. Para tanto, buscou-se, no decorrer do estudo, compreender o papel das instituições no nível regional, reconhecer e compreender a dinâmica das arenas políticas que constituem a implementação da política e identificar os obstáculos e os elementos facilitadores, assim como o grau de adesão e resistência dos agentes implementadores, objetivos traçados inicialmente na pesquisa.

Um conceito fundamental na vertente institucional de análise de políticas públicas é o

⁴Grupos envolvidos pelas políticas e nela interessados.

⁵Identificação dos atores que dão sustentação à política e mecanismos de concertação e negociação entre tais atores. Sabatier foi um dos autores que introduziu a nova linguagem da política pública, onde são centrais os conceitos de *advocacy coalitions* e *stakeholders*. Sabatier, Paul e Jenkins-Smith, F.C. eds. *Policy change and learning: an advocacy coalition approach*, Westview Press, 1993.

de *path dependence*⁶ (dependência da trajetória) que descreve o fato de que a política de vigilância alimentar e nutricional, uma vez implementada, tende a criar uma série de interesses e processos ao seu redor, o que torna as mudanças custosas e, em algumas situações, quase impossíveis. Entre as várias questões que o tema suscitou, podem-se destacar algumas importantes para a compreensão do objeto de pesquisa:

- A formalização das instâncias das arenas políticas qualifica o processo de decisão local na implementação da política pública de vigilância alimentar e nutricional?
- Como se configura o comportamento dos atores políticos e dos agentes técnicos locais no processo de implementação da política, quanto aos padrões de poder entre organizações e em seu interior?
- Qual o perfil do grupo gestor encarregado da implementação? Que relações mantêm tais agentes com a rede institucional e com que graus e margens de legitimidade e liberdade⁷ contam?

Nessa complexidade de questões, o estudo levanta a seguinte problemática norteadora:

Quais características institucionais estão mais presentes nas estruturas governamentais envolvidas na implementação da política de vigilância alimentar e nutricional nos níveis local e regional?

A hipótese do estudo pressupõe que as indefinições e paralisias são decorrentes de uma institucionalidade frágil, cujas estruturas e regras de funcionamento apresentam respostas insuficientes para coordenar e atuar como poder mediador diante das múltiplas posições, demandas e interesses dos atores envolvidos, durante o processo da implementação da vigilância alimentar e nutricional no espaço regional.

O estudo do processo de implementação da política buscou captar não só de que maneira os objetivos e o desenho operacional contidos em normas e marcos legais podem ser alcançados, mas, também, como são reformulados a partir de escolhas e compromissos assumidos pelos agentes implementadores. Importa, portanto, perceber os diferentes graus de adesão dos principais agentes aos objetivos e à metodologia utilizada para o alcance de

⁶A *path dependence* refere-se a um conceito que decorre de estudos das trajetórias institucionais em pesquisa histórica, onde foi verificada que as transformações institucionais são difíceis de ocorrer, obedecendo mais – em geral – à tentativa de manter as estruturas historicamente constituídas, mesmo que as novas decisões sejam decorrentes de processos de grande monta, traumáticos, como revoluções, golpes de Estado, guerras, entre outros (Thelen, Steinmo, Longstreth, 1998).

⁷ Liberdade nesse caso compreendida como nível de autonomia decisória sobre aspectos importantes que correspondem às necessidades de aprimoramento do processo de implementação ou da própria gestão da política.

resultados, as condições institucionais em que são desenvolvidas as ações e os incentivos postos para a cooperação.

A implementação, no estudo, foi considerada como um longo ciclo, um processo também evolutivo no qual as políticas ou programas estão constantemente sendo geradas, transformadas e redefinidas, constituindo-se num espaço vital para a aprendizagem (Wildawsky, Pressman, 1998). Esse processo permite, de um lado, olhar a intensa vulnerabilidade social em que vivemos e que tem repercutido na institucionalidade pública; de outro lado, uma possibilidade de interpretação da teia complexa de debates em torno da segurança alimentar e nutricional na agenda governamental que, por sua vez, retoma e reforça a dimensão da vigilância alimentar e nutricional como instrumento de definição de políticas.

Assim, o foco, em contextos locais de implementação, através de estudo de caso, torna-se importante na medida em que tende a revelar em profundidade os dilemas concretos que envolvem a condução, coordenação e gerenciamento de programas sociais. A análise de normas, portarias e documentos governamentais, a caracterização de fluxos organizacionais, a observação local e a realização de entrevistas com gestores do nível federal, estadual e municipal, técnicos e membros de fóruns locais de controle e participação social são reconhecidas, portanto, como maneiras de viabilizar o entrecruzamento de diferentes fontes de informação.

Aspectos relativos ao processo de implementação de políticas públicas, tais como a conceituação do tema e o estado do campo de pesquisas relativas, o desenvolvimento de política, a análise e a avaliação da implementação de política e a eficácia de negociações no processo político, determinaram o rumo das leituras e da seleção bibliográfica realizada, direcionando, de certa forma, o olhar para a complexidade das relações que emergem do processo dinâmico de formulação/implementação/avaliação de política.

A política foi analisada como processo não-linear, o *policy cycle* visto como um campo estratégico no qual se capturou a ideia de redes de implementação, sendo a política em questão formada por uma rede de agentes públicos e a implementação realizada com base nas referências que os implementadores de fato adotam para desempenhar suas funções e que se constituem em fonte de informações para a (re)formulação de políticas, reforçando a ideia da avaliação como *policy learning*, o aprendizado na implementação da política pública (SABATIER, MAZMANIAN, 1989; SILVA, MELO, 2000).

A partir deste entendimento foi possível inferir sobre o tipo de sistema de autoridade institucional com que se deparou a pesquisadora possibilitando assim compreender a natureza e o conteúdo dos rumos dessa política, através do deslocamento de teorias e conceitos que

envolveram um olhar de diferentes disciplinas. Daí a significação desta abordagem sobre o SISVAN, sendo considerada uma oportunidade para intensificar a vontade de interagir e de aprender, visando ao aperfeiçoamento desse Sistema; uma oportunidade para sinalizar caminhos de crescimento e renovação e para avaliar a distância que existe entre as intenções e as ações efetivas de vigilância alimentar e nutricional.

A opção de analisar o caso de forma aprofundada num microterritório - 13ª CRS – que se encontra no macroterritório - Macrorregião de Saúde dos Vales/RS - no período de 2001-2007 decorre, de um lado, do envolvimento da autora na implantação dessa política (como agente burocrático do Estado) e, de outro, dos desafios postos para o enfrentamento da insegurança alimentar⁸ num cenário sócio-histórico e político cada vez mais complexo, que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde.

Sendo assim, olhar para o processo de implementação de políticas públicas traz contribuições no sentido de compreendermos que não há uma receita técnica, academicamente correta que dê conta de orientar ou explicar as ações e movimentos dos diferentes e diversos sujeitos no processo de implementação de determinada política pública, uma vez que essa pressupõe um processo de negociação dinâmico entre diversos atores que operam e interagem em diversos níveis – local, federal, central, etc. –, dentre e entre diversas organizações. É através dessa perspectiva reflexiva que se situa a tese, no campo das escolhas e dos compromissos assumidos pelos agentes implementadores.

Como forma de organização do trabalho, o presente estudo foi estruturado em duas partes: Parte I, que aborda a construção de um objeto complexo em políticas públicas – a política nacional de vigilância alimentar e nutricional: teoria e método; e Parte II, que trabalha a história e análise da implementação de uma política nacional no Rio Grande do Sul – RS, tendo como pano de fundo as mudanças no nível nacional e as influências e interferências das recomendações internacionais.

A primeira parte é composta por três capítulos, e nesses estão contidos os seguintes conteúdos: aspectos conceituais distintivos da implementação da Política de Vigilância

⁸**Insegurança alimentar:** é a condição em que as pessoas estão incapacitadas de adquirir alimentos suficientes em qualquer momento. Os diferentes tipos de insegurança alimentar são: *Insegurança crônica:* refere-se a falta persistente de acesso aos alimentos. Esta é normalmente causada por indicadores históricos como: pobreza, baixa fertilidade do solo, baixa educação nutricional, falta de acesso a água potável, doenças crônicas, etc. *Insegurança transitória:* refere-se a falta temporária de acesso aos alimentos e é freqüentemente causada pela ocorrência inesperada de um choque, como por exemplo, a seca, as cheias, os ciclones, a diminuição abrupta da produção de alimentos, subida exacerbada de preços dos alimentos, cólera, gafanhoto vermelho, etc. In: Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN). <<http://www.setsan.org.mz>> Acesso em 12 de jan. de 2007

Alimentar e Nutricional em relação às outras políticas, como as de Segurança Alimentar e Nutricional, e sua relação com as políticas sociais como um todo, o debate sobre o desenvolvimento e bem estar social, abordagem político institucional do estudo de implementação nos múltiplos níveis de gestão e competências e a estrutura metodológica do campo de estudo. No estudo a implementação foi considerado um âmbito no qual as políticas também são geradas, além de reelaboradas, tornando-se um espaço vital para a aprendizagem e o modelo qualitativo balizou o presente estudo (SABATIER, MAZMANIAN, 1989; SILVA, MELO, 2000).

A segunda parte é composta por dois capítulos, estando contidos nesses os seguintes conteúdos: o espaço político-institucional da vigilância alimentar e nutricional como instrumento de definição de políticas públicas, ressaltando a análise do processo de implementação como referencial coerente e promissor na direção de práticas mais amplas e integrais. Ali, são abordados também os pressupostos e fatores favorecedores e obstaculizadores da implementação regionalizada dessa política no Rio Grande do Sul. A análise da visão institucional da vigilância alimentar e nutricional e o desenho institucional na implementação de uma política descentralizada foram os componentes a serem avaliados na pesquisa. Nesse caso, buscou-se esclarecer de que forma certos fatores administrativos e políticos, como a comunicação, integração e negociação de recursos e apoios se estruturam e funcionam durante a implementação.

Com esse reconhecimento prévio, parte-se para a reflexão das dimensões políticas e institucionais envolvidas nessa construção, em especial, o processo decisório na fase de implementação da política, orientada para o contexto político e institucional no qual surge a necessidade e a oportunidade de mudança, as características mais relevantes das arenas decisórias que interferem nos padrões de condução da política, os atores (interesses, preferências, conflitos e interações) e os constrangimentos e as oportunidades nas escolhas dos cursos de ação.

O capítulo final recupera pontos considerados importantes nos capítulos analíticos para, a partir deles, sugerir caminhos que potencializem avanços no campo da avaliação do processo da implementação. Possíveis respostas do estudo poderão nos levar a um entendimento sobre o papel dos diferentes arranjos institucionais nos municípios que compõem o microterritório - 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), capturando os sentidos que definem em termos gerais e, em particular, nessa política pública, os seus rumos, êxitos e fracassos.

PARTE I A CONSTRUÇÃO DE UM OBJETO COMPLEXO EM POLÍTICAS PÚBLICAS - A POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: TEORIA E MÉTODO

A tese busca o entendimento sobre implementação de uma política pública, a partir da análise teórica e da descrição dos acontecimentos que influenciaram seu processo de implementação num determinado local e período. Trata-se da política de vigilância alimentar e nutricional, destinada ao Monitoramento da situação alimentar e nutricional, consubstanciada na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8080/90), levada a efeito sob a responsabilidade dos entes federados por meio da publicação da PNAN, em 1999, reeditada pela Portaria Nº. 2.246, de 18/10/2004, DOU Nº. 202.

A escolha da Política de VAN, do Ministério da Saúde, como unidade de análise reflete a preocupação da pesquisadora em descobrir as razões do êxito obtido pelo Programa nas ações a que se propõe. O descaso enfrentado pelas políticas sociais, de saúde em particular, por parte dos entes federados, vem de longa data e uma política pública que é considerada como promotora da Segurança Alimentar e Nutricional merece atenção diferenciada. O estudo se realiza por meio de uma análise conceitual e teórica que busca definir a abrangência e o contexto histórico em que se configura a concepção de acesso à promoção da alimentação saudável como direito humano, tendo como preocupação central a análise empírica do processo de implementação da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional. A seguir, serão explicitados os meios pelos quais os dados necessários para responder ao problema investigado foram obtidos e a maneira pela qual os mesmos foram tratados.

2 A CONSTRUÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA DO OBJETO DE PESQUISA

Em termos amplos, define-se como um estudo de avaliação. Formalmente, os estudos de avaliação partem da necessidade de teorias que permitem formular suas hipóteses de trabalho em cada processo de investigação de políticas ou programas. Este estudo, no entanto, fundamentou-se em referências teóricas sobre o campo de operações de políticas públicas que a literatura internacional definiu como implementação das políticas – *policy implementation* (SABATIER, MAZMANIAN 1989; WILDAWSKY, PRESSMAN, 1998; HOGWOOD, GUNN, 1984; LINDBLOM, 1981).

Nesse campo de investigação – um dos tantos recortes possíveis para estudo de políticas públicas – o analista centra o seu foco no conjunto de atividades particulares geradas pela necessidade do poder público transferir as diretrizes nomeadas no projeto, para seu funcionamento na realidade. Assim, como regra amplamente aceita, todos os princípios, valores e elementos que constituem a materialidade de uma política ou programa que orientam sua racionalidade no texto do projeto, devem ser colocadas em funcionamento na vida real, ou seja, significa fazer a política ou programa funcionar, *sair do papel para a vida real*.

Esse tipo de estudo lida, portanto, com um âmbito muito peculiar de ação coletiva, as funções de seus agentes são observadas através de seu envolvimento em operações – incluindo processos de tomadas de decisão – voltadas para fazer a política ou programa funcionar. Isso diz respeito, basicamente, a um conjunto muito amplo de estruturas e operações que convergem para os objetivos de organização de rotinas, institucionalização de normas de ação com relação a objetivos específicos, capacitação de pessoal, padronização de condutas dos diversos agentes, uso de recursos destinados para os diversos fins de funcionamento da política – capital e custeio, entre outros (HOGWOOD, GUNN, 1984).

Os processos de implementação se caracterizam, antes de tudo, pelo desvendamento de razões que podem estar na origem do êxito ou fracasso de políticas públicas. Na implementação, os agentes mais visados pelos estudos, que avaliam esses processos, são aqueles identificados como os responsáveis pela estruturação e gestão da política nos diversos níveis do setor público (Wildawsky, Pressman, 1998). Na medida em que atualmente, a implementação de muitos programas e políticas é parcialmente delegada a terceiros – agentes privados, Organizações Não Governamentais (ONGs), - esses espaços institucionais e os

respectivos quadros de funcionários são igualmente objeto de indagação sobre os rumos de implementação de políticas e programas.

Contudo leva-se em conta que, além das escalas de governo envolvidas em políticas nacionais descentralizadas, os processos de implementação agregam responsabilidades e compromissos fora do âmbito estatal, tornando-se mais complexos. Essas responsabilidades podem alterar a estratégia inicial ou condicionar a continuidade do programa, reforçando estudos da implementação que focalizem *decisões e decisores que conformam elos críticos e estratégicos, dentre do corpo geral dos implementadores* (SILVA et al., 1999:63).

O estudo parte do pressuposto de que a capacidade dos entes federativos de gerirem suas políticas públicas, a exemplo da Política de VAN, sob condições satisfatórias, dependerá da capacidade de coordenação e de implementação da autoridade gestora pública frente ao conjunto dos demais agentes envolvidos na política com interesse comum e do resultado do jogo de interesses que se estabelece. O estudo do processo de implementação da política buscou captar não só de que maneira os objetivos e o desenho operacional contidos em normas e marcos legais podem ser alcançados, mas, também, como foram reformulados a partir das escolhas e compromissos assumidos pelos agentes implementadores.

É importante reforçar que não está presente entre os objetivos deste estudo analisar em que extensão as metas estabelecidas pelas políticas foram atingidas, uma vez que o foco não se assenta na avaliação dos resultados. A implementação da política em questão foi analisada como um processo de regulação de conflitos, ou seja, como um campo que implica múltiplas tomadas de decisão e não apenas uma intervenção ou momento sequencial do *policy making* que sucede à formulação (Lindblom, 1981). Foram abordados tanto elementos do componente de *análise* do processo, quer dizer, estudos e informações técnico-científicas utilizados no processo decisório, quanto os elementos políticos e administrativos, ou seja, os atores, seus interesses específicos em relação à política analisada e às estratégias utilizadas para o alcance de seus objetivos no contexto institucional onde atuam.

A perspectiva teórico-analítica utilizada para a abordagem foi a do *neoinstitucionalismo* aplicado ao campo da *policy analysis* (Immergut, 1998; Labra, 1999; Lecours, 2002). Teve-se o entendimento de que ainda é recente a constituição da nova institucionalidade da política de vigilância alimentar e nutricional, mas o que não impede que já tenha sido submetida a inflexões importantes em sua lógica de funcionamento. Do ponto de vista do desenho da investigação, foi privilegiado *um estudo de caso*, pois envolve o estudo de uma política

pública que se consubstancia na política de VAN, implementada pelo Estado do Rio Grande do Sul na macrorregião de saúde dos Vales.

Especialmente porque elegemos o espaço da implementação como uma dimensão para análise, o estudo de caso torna-se indispensável, e as evidências empíricas podem indicar uma relação sistemática entre diferentes características de políticas e tipos de implementação (Wildavsky, Pressman, 1998). Assim entendido, o estudo possibilitará descrever e analisar a instituição em termos qualitativos, complexos e compreensivos, investigando o fenômeno em seu contexto de estruturação, com várias unidades incorporadas, *especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos* (YIN, 2001: 23).

A política foi avaliada como processo de aprendizagem. O modelo de análise empregado concilia elementos das abordagens de *top-down* e *bottom-up* (Sabatier, Mazmanian, 1989). Como o foco dessa estratégia metodológica de avaliação é a dinâmica de implementação da política de vigilância alimentar e nutricional, o estudo levantou a dinâmica de intervenção dos atores e as ações institucionais desenvolvidas num processo específico de implementação, a fim de visualizar os desafios da gestão pública em seus nexos institucionais e territoriais.

O modelo de avaliação utilizado consiste em uma estrutura composta por duas categorias de análise independentes entre si. A primeira se refere ao Universo Normativo, avalia o desenvolvimento do que foi expresso através da estrutura legal básica, da proposta de lei ou do programa implementado. As dimensões analisadas são objetivos claros e consistentes, integração hierárquica entre as instituições implementadoras e recrutamento dos implementadores (profissionais de saúde e gestores). A segunda, refere-se ao manejo da implementação (problema), em que são observadas as dificuldades associadas à execução da política ou lei durante o processo de implementação local e as dimensões examinadas são: as dificuldades técnicas e as mudanças comportamentais requeridas.

A análise do objeto de estudo compreendeu o período de 2001 – 2007, um ciclo marcado pela normatização da política de VAN. Procurou-se entender as diferentes interações e posições frente à realidade, entendendo que o Estado não é uma entidade única, a serviço de um único sujeito, com interesses e decisões unilaterais no planejamento e execução de programas, mas que sobre ele estão repercutidas as demandas e contradições dos diversos atores sociais e políticos, que têm a dinâmica e a capacidade de articular e reivindicar seus interesses.

2.1 Características da região estudada e critérios de seleção da pesquisa

A região do estudo deriva da aplicação de critérios político-administrativos instrumentalizados para os territórios regionalizados de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS estadual, onde, a partir do município, menor unidade de gestão federativa, os aglomerados geográficos se organizam respectivamente em microrregiões, regiões e macrorregiões em obediência à diretriz de descentralização da gestão no âmbito da SES/RS. Sabe-se que as delimitações territoriais dos órgãos setoriais no Estado do Rio Grande do Sul não possuem um critério único de delimitação regional, fomentando assim, a existência de inúmeras divisões e delimitações regionais: uma para o órgão estadual da Educação, que difere da delimitação territorial definida para as Coordenadorias Regionais da Saúde, ou para os Escritórios Regionais de Obras Públicas, para as Delegacias Regionais de Polícia, e assim para cada órgão setorial.

As divisões regionais são, na verdade, delimitações territoriais da programação desses órgãos, não chegando a constituir uma regionalização propriamente dita no sentido geográfico do conceito. Porém, pela importância que adquire a cada dia o acesso do cidadão aos serviços básicos oferecidos pelo Estado, é fundamental que estes estejam articulados tanto operacionalmente como espacialmente (De Toni e Klarmann, 2002:529). Do mesmo modo, a divisão administrativa não é a mesma adotada por outros órgãos do estado, tais como as secretarias do governo estadual (já citada), os Conselhos Regionais de Desenvolvimento (Coredes), organismos de outros poderes públicos, federais e estaduais, cuja diversidade de critérios tem sido amplamente discutida entre os estudiosos (SIEDENBERG, 2001; PAIVA, 2005; BANDEIRA, 1999; ALONSO, 1986)

Segundo o estudo de De Toni e Klarmann (2002), a escolha das divisões regionais é influenciada por fatores essencialmente político-estratégicos que dizem respeito à dialética da disputa hegemônica entre os grandes projetos de governo existentes. Para os fins propostos neste trabalho, a região de estudo adotada segue o critério da Regionalização da Atenção à Saúde no Rio Grande do Sul, que propõe as macrorregiões de atenção integral à saúde, aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite – Rio Grande do Sul (CIB/RS) e pelo Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) em 1999, com base nas diretrizes da Lei Orgânica de

Saúde e da Norma Operacional da Assistência a Saúde – NOAS - SUS que definem os termos da Regionalização da Política de Saúde. Prevê a pactuação regional do atendimento à saúde e também a aplicação dos recursos financeiros investidos, com critérios técnicos e permeabilidade à participação da população, com objetivo de aumentar a efetividade do financiamento para induzir avanços nos padrões de equidade do sistema.

Por sua vez, as macrorregiões de saúde são formadas por um agregado de microrregiões que formam espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios, percebidos como dotados de forte sentimento de integração, interdependência e vontade política para pactuarem na busca de soluções para problemas comuns, na área da saúde (SES/RS, 2002). O resultado da divisão adotada no RS pela saúde prevê um conjunto de macrorregiões muito heterogêneas, tanto em população como em número de municípios, refletindo, de alguma forma, as desigualdades das condições de vida e saúde da população. Ao todo são sete macrorregiões que formam o sistema de regionalização no RS, conforme figura 1.

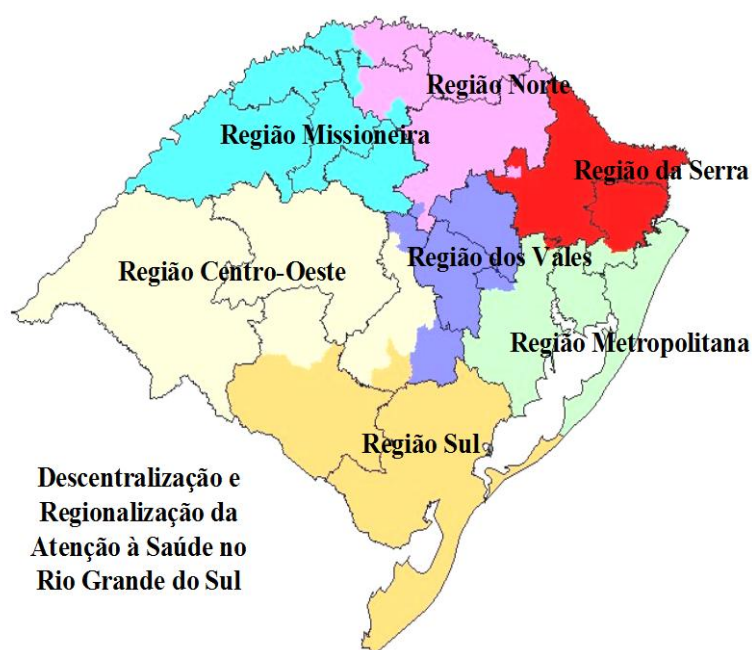


Figura 1 – Regionalização do SUS no Rio Grande do Sul segundo as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e 7 Macrorregiões de Saúde, 2000.

Fonte: Adaptada da Coordenação de Informações em Saúde – SES/RS, 2002.

A pactuação da descentralização político-administrativa das Macrorregiões de Saúde tem sido conduzida através das 19 coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) existentes desde 1999 (Quadro 1), cuja responsabilidade é de coordenar os sistemas microrregionais de saúde

e módulos assistenciais, correspondentes à sua área de atuação, no interior de uma macrorregião (SES/RS, 2002: 34).

Macrorregião	Coordenadorias	Nº Mun.	Pop.Macro(A)	Município(s) Pólo(s)
Centro-oeste	4ª e 10ª	42	1.162.787	Santa Maria
Metropolitana	1ª, 2ª e 18ª	90	4.699.169	Porto Alegre
Missioneira	9ª, 12ª, 14ª e 17ª	85	830.341	Ijuí
Norte	6ª, 11ª, 15ª e 19ª	135	1.168.334	Passo Fundo
Serra	5ª	49	1.032.045	Caxias do Sul
Sul	3ª e 7ª	26	1.062.240	Pelotas
Vales	8ª, 13ª e 16ª	69	890.144	Cachoeira do Sul Santa Cruz do Sul Lajeado

Quadro 1. Descrição das Macrorregiões de Saúde com suas Regionais de Saúde e seus municípios pólos.

Fonte: Adaptada da Coordenação de Informações em Saúde – PAC/DAHASES/RS2006.

A Macrorregião dos Vales, foco do nosso estudo, formada por três regiões de saúde – 8ª CRS – 13ª CRS e 16ª CRS, localiza-se próxima à capital, tendo seu perfil definido por uma economia desenvolvida desigualmente no interior da macrorregião. As cidades consideradas como principais polos assistenciais de cada região de saúde são Cachoeira do Sul, Santa Cruz do Sul e Lajeado e se diferenciam no perfil de desenvolvimento e na sua situação sanitária. O quadro 2 retrata alguns indicadores sociais e de saúde que, de alguma maneira, refletem as características de cada local.

Indicadores Sociais e de Saúde	Cachoeira do Sul	Lajeado	Santa Cruz do Sul
População Total – Habitantes**	86.214	68.386	117.005
PIB pm – R\$ mil**	878.296	1.423.688	2.961.582
PIB per capita – R\$**	10.378	21.099	25.562
Muito Baixo Peso ao Nascer – (%) < 1.500 g*	2,2	1,8	1,5
Baixo Peso ao Nascer - (%) < 2.500 g*	11,4	9,6	1,5
Peso Insuficiente ao Nascer - (%) entre 2.500 e 2.999 g*	23,0	18,0	20,1
Coefficiente de Mortalidade Infantil (2008) - por mil nascidos vivos *	22,56	9,52	9,89

Quadro 2. Caracterização de Indicadores Sociais e de Saúde dos municípios polos da Macrorregião de Saúde dos Vales.

Fonte: **Fundação de Economia e Estatística (FEE/2007).

*Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC/2008).

Para tanto, os critérios de seleção dos municípios foram estabelecidos segundo duas categorias para além do nível central da política (Figura 2), representado pela SES-RS,

Conselho Estadual de Saúde, Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Coordenação Estadual do Comitê Gestor do Programa Bolsa Família (PBF):

- Uma, macroterritorial, que dá conta das estratégias da política em cada uma das regiões (8ª, 13ª 16ª CRSs), representadas pelos seus municípios-pólo: Santa Cruz do Sul, Lajeado e Cachoeira do Sul;
- Outra, microterritorial, que tem foco na 13ª região de Santa Cruz do Sul: nela, foram selecionados dois municípios em gestão plena – Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires e sorteado um município em Gestão Plena da Atenção Básica – Rio Pardo.

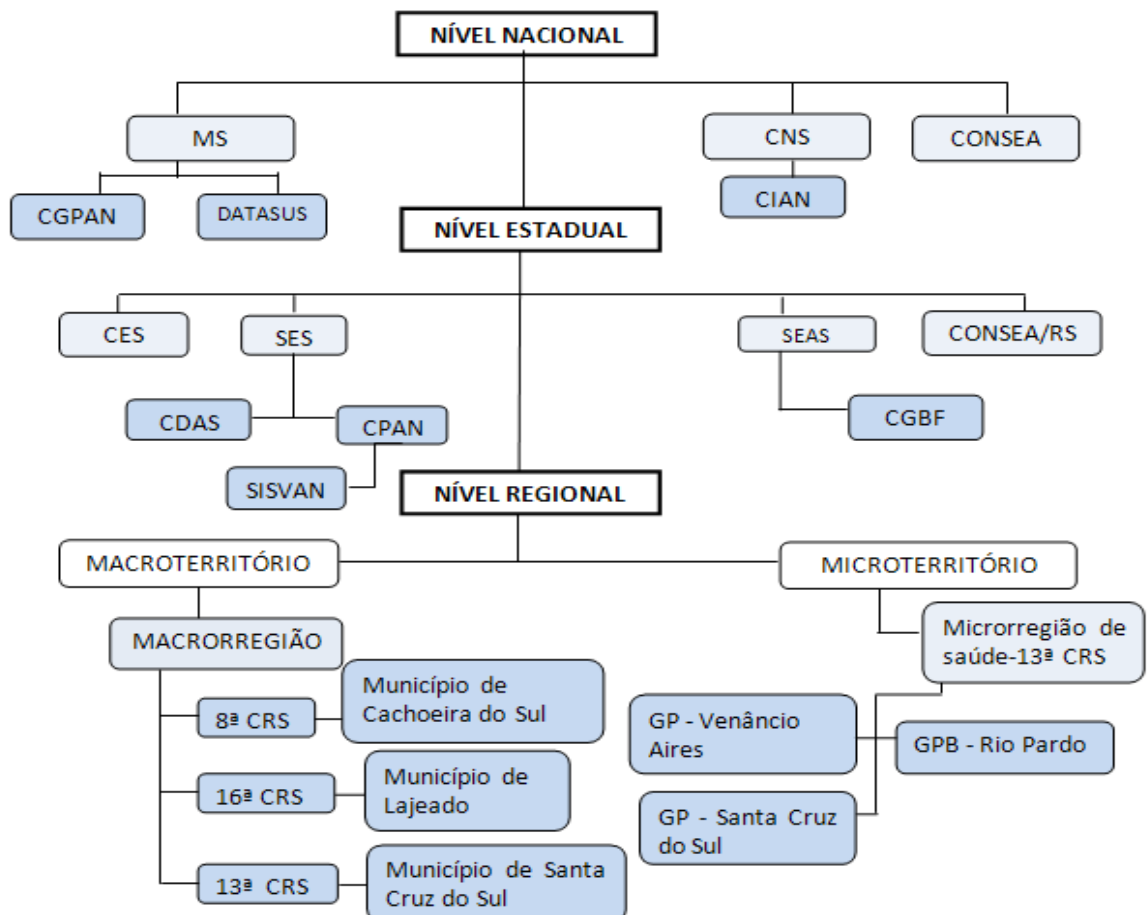


Figura 2. Descrição do desenho da configuração do estudo segundo os níveis que integram a análise da dimensão regional.

Fonte: Organograma elaborado pela pesquisadora.

A figura 2 (Organograma) apresenta um esquema que descreve o desenho da configuração do estudo, o que permite a visualização para além do nível central da política representado pela SES/RS - a identificação do nível regional com seus respectivos municípios selecionados. Essa divisão territorial administrativo-sanitária, delimitação proposta pelo nível

central de administração estadual da política de saúde, é a mesma utilizada para implementar a política de vigilância alimentar e nutricional no Estado do Rio Grande do Sul.

Os agentes que participam da implementação não constituem, como se sabe, um universo homogêneo, particularmente no que se refere à sua distribuição na hierarquia das organizações. Assim, para considerar tal diferenciação em seu valor heurístico, as pessoas a serem aplicados questionários e realizadas entrevistas foram escolhidas de acordo com o desenho da configuração do estudo estabelecido para a seleção da amostra. Em cada nível de território (macro ou micro) de saúde (APÊNDICE H), buscou-se contemplar pelo menos um representante de cada um dos segmentos que, supostamente, poderiam se fazer representar de forma a alcançar uma amostra qualitativa que atendesse às seguintes condições:

(a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; (b) considera-os em número suficiente para permitir uma reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; (c) entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; (d) esforça-se para que a escolha do locus e do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa (MINAYO, 1999:102).

Assim, os atores-chaves do processo de implementação da política regional de VAN, identificados e selecionados, correspondem a um conjunto que envolve a representação dos segmentos que expressam a institucionalidade desta política pública - Estado e sociedade civil em função de sua expertise sobre o assunto ou posição política.

2.2 Procedimentos metodológicos

A estratégia metodológica é a de pesquisa qualitativa, que permite compreender o processo de implementação, as interações entre atores, os valores, crenças e atitudes em relação à vigilância alimentar e nutricional por parte de gestores e profissionais de saúde. Isso porque os estudos qualitativos, ao contrário dos quantitativos, proporcionam alcançar maior diversidade de significados e são mais flexíveis, sendo melhor aplicáveis em estudos de processos (MINAYO, 1999:28).

Como um conjunto de atividades interpretativas, a pesquisa qualitativa, *não privilegia nenhuma única prática metodológica em relação à outra, possui inerentemente uma multiplicidade de métodos* (Denzin, Lincoln, 2006:20). Assim, com objetivo de fortalecer os

achados e dotar de maior validade os resultados e conclusões do estudo, lançou-se mão de uma exposição simultânea de realidades múltiplas de dados: revisão de literatura, entrevistas, questionário e oficina temática. O produto final resultou numa *bricolage complexa – que lembra uma colcha – uma montagem criativa em torno* do tema central da pesquisa em questão (DENZIN, LINCOLN, 2006:20).

A revisão de literatura foi feita com objetivo de introduzir os marcos gerais do campo da análise de políticas públicas e, em seguida, destacar a importância dos mecanismos de coordenação interinstitucional para a implementação de políticas públicas em ambientes institucionais democráticos, descentralizados e com forte diversificação de atores. As principais fontes de consulta utilizadas foram documentos referentes à formulação e implementação da política de VAN, publicações de organizações governamentais e não governamentais que registraram o histórico da formação da Política. Foram utilizados e incluídos os seguintes tipos de pesquisa:

- *Bibliográfica* – por meio de revisão de literatura acadêmica e especializada, em que os principais campos de conhecimento abrangidos foram: a relação do desenvolvimento com as políticas sociais e políticas públicas de alimentação e nutrição, buscando nelas a compreensão e contextualização da política de VAN; o papel do Estado e da sociedade, incluindo o processo de implementação de uma política pública e conformando um marco teórico de referência geral para a abordagem neo-institucionalista que enfatiza a importância crucial das instituições para a decisão, formulação e implementação de políticas públicas;

- *Documental* – que teve como base a análise da implementação da Política de VAN, sendo pesquisados documentos de domínio público como arquivos diversos, diários oficiais, jornais e relatórios, tais como:

- ✓ Leis que criaram e regulamentaram o objeto de análise;
- ✓ Decretos presidenciais, portarias, planos, boletins e relatórios expedidos por órgãos governamentais referentes ao assunto;
- ✓ Artigos científicos pertinentes ao assunto;
- ✓ Documentos históricos de Programa de Vigilância Alimentar Nutricional e publicações técnicas especializadas.

A entrevista semi-estruturada foi utilizada como estratégia mais flexível no que diz respeito à condução das respostas, composta por um roteiro (APÊNDICE E), construído com base no referencial teórico adotado. Alguns dos temas foram sendo introduzidos na medida em que a entrevista se desenrolava, ampliando o caráter exploratório do estudo, valorizando a

presença do investigador, possibilitando que o informante alcançasse liberdade e espontaneidade no diálogo em questão. As entrevistas constituíram-se numa experiência singular para a pesquisadora, por várias razões: a arguição de colegas, gestores, representantes da sociedade civil e de governo, configurou-se de forma a trazer sempre presente a tensão entre o papel do estudioso – e a tentativa de distanciamento crítico – com o necessário envolvimento – tanto quanto a situação profissional o exigia – nos espaços de interlocução: fóruns, eventos, oficinas, entrevistas individuais, conversas informais que abasteceram a pesquisa de material abundante e diversificado.

Nesse sentido, é possível compreender – a partir do olhar de pesquisadora – o nível de exigência que um processo como o de implementação de uma política está a exigir de todos os envolvidos. No entanto, a condição de *visitante interessada e informada pela teoria* permitiu um acesso privilegiado para compreender a totalidade e as partes em suas relações durante um processo extremamente complexo. Esse é um ganho possível que o pesquisador pode auferir. Cabe, evidentemente, produzir uma resposta qualificada em seu relato e traduzir as muitas dificuldades encontradas em propostas junto aos interessados: governo e sociedade.

Registra-se que as entrevistas foram conduzidas pela própria pesquisadora, com apoio de roteiro, gravadas e anotadas em fichas de registro, com informações pertinentes a local e duração de cada entrevista, como se deu a receptividade do entrevistado, suas manifestações não verbais, assim como o registro fidedigno do conteúdo da gravação da entrevista. Buscou-se contemplar todos os tópicos contidos no roteiro da entrevista.

O conjunto de entrevistas contemplou os diferentes segmentos do governo e sociedade que compõem as diversas arenas, perfazendo um total de quarenta e seis entrevistas; três, no nível federal; seis, no nível estadual; trinta e seis, no nível regional (dezoito no macroterritório e dezoito no microterritório de saúde). Foram realizadas em local e horário prévia e pessoalmente agendados de acordo com a preferência e a disponibilidade dos participantes.

Todos os entrevistados foram informados sobre a proposta de trabalho por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A e B), que foi submetido à leitura e assinado em duas vias. Uma das cópias ficou com o entrevistado e a outra ficará arquivada sob responsabilidade da pesquisadora, juntamente com a gravação, pois cada entrevista foi gravada e transcrita pela própria pesquisadora, ordenada em meio eletrônico e magnético, além de complementada com notas de observação de campo. Os dados foram registrados em um Diário de Campo (registro fiel e detalhado de cada visita a campo). A identificação dos informantes foi mantida em sigilo.

A transcrição de cada entrevista foi efetuada em espaço de tempo mais curto possível, a fim de que não fosse perdido nenhum detalhe quanto à postura do entrevistado com relação ao evento “entrevista”. A duração do encontro variou entre duas a três horas por entrevistado. No entanto, é indispensável admitir a existência de problemas específicos à complexidade da marcação do agendamento das entrevistas, face aos limites temporais e operacionais de cada instituição e seus responsáveis. Alguns reagendamentos foram necessários, por vezes antecipadamente e, em outras situações em cima da hora. Isso acarretou a necessidade de disposição total da pesquisadora em relação a essa fase da pesquisa⁹.

O questionário utilizado para o estudo foi elaborado com questões abertas e fechadas (APÊNDICE F), tendo como objetivo conhecer e compreender as estratégias utilizadas na implementação da política estadual. Participaram da coleta 16 técnicos de saúde responsáveis pela implementação nas Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. O Estado do Rio Grande do Sul possui dezenove Coordenadorias de Saúde, mas apenas dezesseis possuíam coordenações na política no momento da coleta dos dados.

A Oficina foi efetivada pela pesquisadora durante o I Seminário Macrorregional das Ações de Alimentação e Nutrição, promovida pela Secretaria Estadual de Saúde e as três Coordenadorias Regionais de Saúde da Macrorregião dos Vales, no ano de 2006. A temática da oficina foi - *Que SISVAN você quer para o seu município e região* (APÊNDICE G). Participaram os três coordenadores regionais (8ª, 13ª e 16ª CRS), dois técnicos de saúde do nível central das ações de alimentação e nutrição e 33 técnicos de saúde da Rede Básica dos municípios que integram a macrorregião dos vales (8º, 13º, 16º CRS), compreendendo trinta e oito indivíduos. Este recurso se mostrou proveitoso mediador entre o discurso e a prática dos eventos observados.

Toda a observação durante a coleta de dados foi registrada em notas de campo. As notas de campo constituem um momento fundamental no trabalho de campo, porque articulam, as diferentes manifestações – falas dos entrevistados, respostas de questões abertas, opiniões de atores em oficinas, entre outras formas de manifestação - integrando percepções e interpretações associadas aos vários momentos da pesquisa. Entre os tipos de notas, foram privilegiadas as descrições feitas logo após a entrevista, registrando impressões, relações percebidas, sendo uma oportunidade de reflexão sobre a própria prática.

⁹ Em alguns casos – apenas para ilustrar – foram necessárias 3 e até 4 remarcações para a realização da entrevista. Embora esta não seja uma experiência exclusiva desta pesquisa, serve para ilustrar a dificuldade e nível de exigência do trabalho de campo numa tese.

Em função da distância e da dificuldade de deslocamento em obter informações consideradas relevantes para o estudo, utilizou-se, como recurso auxiliar de pesquisa, a Internet. Os agentes que participaram nessa modalidade foram os que representavam o nível nacional (um do nível governamental e dois da sociedade civil), sendo utilizado como recurso adicional o contato telefônico e, posteriormente, o encaminhamento de questões norteadoras para serem respondidas junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando o pesquisador frequentemente em contato para o esclarecimento de dúvidas.

A pesquisa contou com uma amostra total de noventa e nove membros governamentais e da sociedade civil. Outras fontes de informação foram utilizadas para expandir e confrontar os dados: documentos governamentais normativos e avaliativos; atas de reuniões; acompanhamento do trabalho dos gestores locais dos programas no período de permanência em cada município.

2.3 Organização dos dados e encaminhamento da análise

Para mapear o cenário do estudo em suas principais características e percebê-lo através do elenco de compromissos acordados entre os entes federativos, os fatores analisados foram dimensionados, a título de organização dos dados, nos quatro níveis da hierarquia organizacional de decisão considerados no estudo, a saber:

I) Itens priorizados/selecionados para observação na implementação da proposta da VAN a partir do nível federal

1. Critérios técnicos que instituem e divulgam com relação às orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional;
2. Condições das estruturas de governo recomendadas para a implementação desta política e sua articulação com as ações de SAN;
3. Quais mecanismos institucionais e estratégias de articulação são acionados/operados entre setores de governo e sociedade civil no sentido da indução das ações da implementação das diretrizes da política de vigilância alimentar e nutricional;
4. Mecanismos e estratégias de articulação recomendados para inserir a proposta no contexto da descentralização - ações de coordenação, sensibilização, capacitação e/ou monitoramento como estratégia de obtenção de melhores resultados na organização da implementação da VAN entre os níveis sub-nacionais.

II) Itens priorizados/selecionados para observação na implementação da proposta da VAN a partir do nível estadual

1. Critérios técnicos que instituem e divulgam as orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional;
2. Contribuição/acréscimo de diretrizes e orientações no nível estadual para a coordenação da implementação da política;
3. Condições das estruturas de governo estadual recomendadas para a implementação desta política e sua articulação com as ações de SAN;
4. Quais os mecanismos institucionais e estratégias de articulação são acionados/operados entre setores de governo e sociedade civil no sentido de implementar as diretrizes da política de vigilância alimentar e nutricional;
5. Ações estratégicas do governo estadual com relação ao processo de implementação do sistema de vigilância alimentar e nutricional - coordenação, sensibilização, capacitação e/ou monitoramento na organização da implementação da VAN na esfera estadual/regional/municipal e o retroalimentação para o âmbito federal.

III) Itens priorizados/selecionados para observação na implementação da proposta da VAN a partir do nível macroterritorial

1. Ações estratégicas do governo estadual visando o processo de implementação do sistema de vigilância alimentar e nutricional - coordenação, sensibilização, capacitação e/ou monitoramento na organização da implementação da VAN na esfera regional/municipal e o retroalimentação para o âmbito estadual e federal;
2. Conhecimentos dos critérios técnicos que instituem e divulgam as orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional;
3. Quais os mecanismos institucionais e estratégias de articulação que são acionados/operados no macroterritório entre setores de governo e sociedade civil no sentido da indução das ações da implementação das diretrizes da política de vigilância alimentar e nutricional;
4. Mecanismos e estratégias de articulação macroterritorial entre a gestão regional e os municípios e destes entre si, e seus efeitos sobre a implementação;

5. Grau de envolvimento dos gestores e agentes implementadores (governo/sociedade civil) no processo de implementação da política regional;
6. O grau de envolvimento dos agentes políticos do macroterritório sobre os problemas sociais da alimentação e da nutrição;
7. Monitoramento e avaliação do processo de implementação do programa por parte da governança regional¹⁰ - circulação da informação - visibilidade das ações executadas no nível da gestão regional.

IV) Itens priorizados/selecionados para observação na implementação da proposta da VAN a partir do nível microterritorial

1. Conhecimento e grau de operacionalização dos critérios técnicos e orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional na esfera municipal;
2. Condições das estruturas de governo municipal para a implementação desta política e sua articulação com as ações de SAN;
3. O grau de conhecimento/envolvimento/mobilização dos agentes políticos do microterritório sobre os problemas sociais da alimentação e da nutrição; (passar para baixo);
4. Ações estratégicas do governo municipal de apoio ao processo de implementação do sistema de vigilância alimentar e nutricional;
5. Envolvimento dos gestores locais e dos profissionais de saúde no sentido de garantir os pré-requisitos necessários para a implementação da política;
6. Quais mecanismos institucionais e estratégias de articulação são acionados/operados no microterritório entre setores de governo e sociedade civil no sentido de implementar as diretrizes da política de vigilância alimentar e nutricional;
7. Monitoramento e avaliação do processo de implementação do programa por parte do governo municipal - circulação da informação - visibilidade das ações executadas no nível da gestão e a retroalimentação para o âmbito regional/estadual/federal;

¹⁰ Integram a governança macrorregional – Conselho Regional de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e de Segurança Alimentar do Polo Assistencial de Saúde, Colegiado de Gestão Regional - COGERE. Os Coredes – Conselhos Regionais de Desenvolvimento - não tem participado das discussões/temáticas das ações de vigilância alimentar e nutricional.

8. Ações de coordenação, sensibilização, capacitação e/ou monitoramento como estratégia de obtenção de melhores resultados na organização da implementação da VAN no nível local com os setores envolvidos.

O material escrito e oral disponibilizado por agentes e instituições pesquisadas tem como base a indagação permanente sobre o significado da política, sua visão sobre ela e como se situam com relação aos seus compromissos e responsabilidades no campo de representação e gestão. A percepção desses fatores fornece a medida da qualidade de sua atuação individual e coletiva que confere as marcas mais sensíveis do processo político e administrativo. A análise do material discursivo seguiu várias etapas interativas. As categorias teóricas derivadas do referencial adotado no projeto foram retrabalhadas para a sistematização do material coletado; a partir de leituras sucessivas foram feitas categorizações e análises mais refinadas do material obtido. Criou-se um banco de dados com o material empírico para documentar, organizar e armazenar formalmente os dados coletados.

O trabalho consistiu em ouvir, sistematicamente, as entrevistas, identificando temáticas dominantes, ou posicionamentos divergentes, e para, dessa maneira, construir um sistema de codificação. Ao mesmo tempo, buscou-se a rearticulação das falas em função de categorias prévias, tais como: Responsabilidades Institucionais/ Fragilidades Institucionais/ Compromisso Institucional/ Apoio Institucional/ Interação/ Cooperação / Reciprocidade/ Envolvimento entre as esferas de governo (federal, estadual e municipal) e entre os diversos setores/ (Des)Articulação, Desafios Institucionais/ Intersetorialidade/ Controle Social/ Recursos humanos/ Recursos Financeiros/ Objetivos do Milênio/ Segurança Alimentar/ Segmentação/ Bolsa Família e Nível de Institucionalidade da Política. Essa forma de trabalho resultou em uma série de relatórios individuais sobre os níveis: Nacional, Estadual, Macroterritorial e Microterritorial.

O material empírico coletado foi sistematizado nos quatro níveis citados anteriormente. Inseriram-se, para cada nível, matrizes para inserção de trechos das falas (expressões-chaves) das variadas fontes (entrevistas, documentos, etc.) de modo a compor o corpus discursivo (Quadro 3).

Nível Federativo: Nacional/Estadual - Nível Macroterritorial - Nível Microterritorial.			
Entrevistado Nº.	Posição Institucional	Idéias Centrais/ Categorias	Expressões-chaves (trechos das entrevistas)

Quadro 3. Modelo de Organização do Painel de Depoimentos Discursivos.

Na operacionalização deste passo considerou-se a identificação do tipo de entrevistado, sua posição institucional, funções na estrutura organizacional, atividades políticas e as possíveis implicações para os contornos dos relatos. Na interpretação dos resultados, deu-se especial atenção às semelhanças e diferenciações dos elementos discursivos – falas, trechos de documentos, comunicações orais para a autora, contribuições dos atores em reuniões e fóruns de discussões, que possibilitaram seu agrupamento em função das características que possuem/apresentam em comum.

Com o objetivo de explorar a associação entre as categorias qualitativas da dimensão político institucional e o grau de institucionalização da política de Vigilância Alimentar e Nutricional, ao final de cada etapa foi produzido um conjunto de tópicos qualitativos que resumem as principais características que, ao olhar da pesquisadora, descrevem e discriminam a situação em cada um dos territórios estudados.

Os tópicos descritos em cada nível avaliado se referem aos fatores institucionais como, suficiência de recursos (financeiros, humanos, físicos), suficiência e qualidade da informação e grau de adesão dos agentes à política, capacidade de articulação da rede institucional, níveis de participação dos atores setoriais e níveis de descentralização e abrangência da política; bem como as medidas de desempenho da política no processo previsto de implementação previsto, a compreensão da política, o conhecimento de cada fase do processo e da quantidade de mudança envolvida com a nova política.

A partir da identificação das estratégias adotadas no processo da implementação da política, a análise buscou retratar o desenho organizacional e os pontos fortes e fracos da estratégia observados no momento da implementação da política em questão. A busca de uma direcionalidade política e ideológica nas falas dos entrevistados foi decisiva para que se tentasse ampliar o escopo da análise para além de suas condições de produção e seu contexto. As relações com as práticas discursivas permitiram explorar a existência ou não de traços comuns dos campos de discursividade, como eles compartilham ou não sentidos, como se tocam e em quais pontos, como se afastam e como se excluem.

O desvendamento dos fenômenos sociais selecionados para investigação, sob o foco de sua expressão discursiva, produz sentido na medida em que se integra no plano analítico, as dimensões do texto, da prática que o suporta e veicula como mensagem (meios, distribuição e consumo) e o cenário sócio-histórico que valida, reforça ou nega a permanência do discurso e das próprias práticas (FERREIRA et al., 2006:4).

Com atenção ao foco questionado, seguindo a divisão proposta da tese para o desmembramento e entendimento do tema, será apresentado a seguir um debate inicial sobre

desenvolvimento e bem estar social e sua relação com a política de vigilância alimentar e nutricional como um todo.

3 POLÍTICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL NA AGENDA DO DESENVOLVIMENTO

O debate a respeito das perspectivas de desenvolvimento para as diferentes sociedades constitui-se numa agenda permanente para as diversas ciências em seus processos de produção de conhecimentos e interação com a realidade. Estudos científicos buscam avaliar o potencial de territorialização das políticas sociais, com a incorporação das dimensões regionais e sub-regionais, associando-o à tarefa de reduzir as disparidades sociais. Essas discussões, na área da saúde pública, são também férteis e trazem ao cenário do território a necessidade de promover a saúde para prevenir e evitar seu agravamento. A temática está bastante presente nos desfechos ocasionados pela transição nutricional – que inclui diferentes dimensões, como alimentação, emprego, acesso à saúde, produção agrícola, segurança alimentar, etc. – e, ao mesmo tempo, exige soluções criativas que sejam coletivamente buscadas, com a certeza de que serão sempre provisórias, mesmo que eficazes em um determinado tempo e espaço. Eis um dos desafios postos para a atualidade numa política de proteção social que se dedique à segurança alimentar e nutricional.

A complexidade de questões demanda um novo olhar dos entes federativos na proposição e implementação de políticas públicas, considerando a realidade institucional própria de cada território, reconhecido como a unidade espacial de intervenção governamental capaz de construir ou dinamizar uma determinada institucionalidade pública. Como na maioria dos casos, as políticas públicas locais são compostas por programas governamentais de distintas procedências (federal, estadual, municipal), além de programas não governamentais ou da cooperação técnica e/ou financeira internacional). Uma das questões importantes no exame de sua implementação diz respeito à articulação dos diferentes programas e políticas a outros de fora do local.

As políticas territoriais dos municípios são consideradas importantes para a consolidação dos territórios. Apesar do aumento da importância dos municípios nas últimas décadas e da grande diversidade existente em sua capacidade de intervenção (municípios grandes e pequenos, ricos e pobres etc.), a maioria dos municípios brasileiros enfrenta grandes limitações financeiras que os tornam dependentes dos recursos e das políticas federais e estaduais. Como consequência, as políticas territoriais dos municípios são frágeis, carecem de apoio das políticas federais e estaduais ou a elas se sobrepõem (DELGADO, BONNAL, LEITE, 2007:5).

Na lógica desse modelo, a agenda de desenvolvimento deve ser organizada a partir da identificação de riscos, problemas, prioridades, potencialidades e possibilidades de atuação e reconhecimento da alimentação e nutrição no espaço institucional, utilizando os diversos sistemas de informação da atenção básica, dentre os quais o SISVAN, que servirão de base para a realização do diagnóstico em nível local até a tomada de decisão em diferentes níveis de governo. Conceber tais instrumentos é uma necessidade imperiosa, mas que exige o compartilhamento de esforços.

Raras vezes os mecanismos formais dos organismos regionais promovem articulação permanente entre essas associações e a sociedade civil da região em que atuam. Fatores como a inexistência de uma instância político-administrativa intermediária entre o estado e os municípios e a escassez de organizações e instituições de abrangência microrregional, contribuem para que esta escala territorial seja frágil em termos de identidade territorial.

Em contrapartida, as divisões microrregionais adotadas pelos diferentes órgãos públicos estaduais e federais tendem a não ser compatíveis entre si, impedindo melhor articulação entre as ações setoriais da administração pública em escala regional e dificultando a implementação de práticas participativas abrangentes nesse nível (BANDEIRA, 1999:6).

São escassas as iniciativas de promoção da participação ou de articulação de atores sociais que tenham, simultaneamente, escopo territorial e setorial mais amplo (ou mesmo intersetorial), atingindo âmbito microrregional e tendo uma abrangência que transcenda o nível de um setor, programa ou projeto específico. Bandeira (1999:8) aponta que *nem sempre há consciência do fato de que muitos dos problemas econômicos e sociais que afetam essas áreas exigem soluções regionais*. Uma das consequências desse processo é que as dificuldades tendem a ser percebidas e enfrentadas como se fossem questões locais, *deixando de ser identificadas e aproveitadas muitas oportunidades de cooperação entre esses atores na defesa de interesses comuns à região*¹¹.

Nessa lógica de pensamento, as políticas sociais podem ser potencializadoras e impulsionadoras de processos de desenvolvimento (Rotta et al, 2006:18) pela melhora

¹¹ Torna-se evidente que o estabelecimento de mecanismos sólidos de participação nesse nível geográfico exige esforço prévio de construção institucional, que leve ao surgimento e à consolidação de organizações que se dediquem, em caráter permanente, a trabalhar sobre a ideia de interesse regional, sobre a natureza dos problemas regionais, buscando, simultaneamente, envolvê-la na formulação e na implementação de ações voltadas para a superação desses problemas. Nesse sentido, a inexistência de uma institucionalidade administrativa permanente em territórios ampliados, para além dos limites municipais, implicaria uma desconexão entre as necessidades da vida social e as soluções que exigem integrar as dimensões do público e do privado para além dos municípios promovendo o significado de uma articulação mais efetiva – construída no dia-a-dia - de um território regional, por exemplo.

generalizada das condições de vida da população e pela criação de um ambiente favorável a um conjunto mais abrangente de ações onde a equidade social possa ser o valor que as qualifica. A construção de sociedades sustentáveis nos espaços locais e regionais, articuladas em sistemas de rede, necessita de um pressuposto básico: recuperar a centralidade da política.

A mediação necessária passa pela recuperação do lugar da política, como espaço público de debates; estatuto de cidadania política implica a recuperação do construir a política como uma prática colada à vida das pessoas e como um projeto, no sentido de ser capaz de promover a construção de uma nova idéia de desenvolvimento fundada nos princípios da sustentabilidade social, cultural, ecológica, ambiental, territorial, econômica e política. (ROTTA et al., 2006:18).

A prática reiterada da participação de membros dos diferentes segmentos da comunidade na discussão, formulação, implementação e avaliação de ações de interesse da região pode contribuir, [...] a consolidar a identidade regional. Sem essa identidade, uma região constitui-se apenas no resultado de uma segmentação arbitrária do território, não podendo ser considerada um verdadeiro ente social. Caso se trabalhe com áreas que não possam ser encaradas como entes sociais, perde-se também grande parte do significado, do conteúdo e da eficácia das ações de planejamento regional (BANDEIRA, 1999:29).

Todavia, é necessário também refletir sobre as dificuldades políticas que a co-responsabilização de diversos segmentos sociais gera, pois exigiria uma sociedade civil organizada e um espaço público constituído, o que invariavelmente se revela incipiente nas sociedades que são os focos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio até 2015 (ODMs). *Os Estados nacionais na América Latina só serão capazes de exercer um papel efetivo no combate às mazelas sociais se aprofundarem as práticas democráticas* (REZENDE, 2007: 202).

Um dos desafios de estudos sobre implementação de políticas públicas reside na desmontagem analítica dos múltiplos nexos da rede de atores e instituições que implementam a política. A experiência tem revelado que o processo de implementação e os resultados esperados ainda ficam demasiado distante das forças locais, para contribuir de forma mais eficaz para melhor focalização e calibragem das decisões. Cabe destacar a necessidade de compreender o quanto a implantação de mecanismos regionais de participação preocupados em promover a articulação de atores sociais e a integração entre a sociedade civil e as diferentes instâncias da administração pública, pode contribuir para que se expressem alguns interesses setoriais mais abrangentes.

Nesse sentido, estratégias de combate à fome e à pobreza não devem ser impostas de fora; precisam ser construídas a partir de diálogos nacionais com o apoio da comunidade internacional, quando necessário. Segundo o Relator Especial das Nações Unidas apesar de notável progresso, persistem lacunas no direito à alimentação no Brasil. *O Brasil ainda é um país de duas versões: notável progresso na luta contra a fome, em meio a agudas desigualdades sociais* (SILVA, 2009:1).

O Relatório Nações Unidas (Schutter, 2009:1-19) sobre o direito à alimentação alerta sobre alguns desafios importantes para o futuro: a insegurança alimentar prossegue, para 37.5% dos lares brasileiros, cifra inaceitável para uma nação rica como o Brasil; 100 milhões de hectares ou 12% do território nacional sofrem com a grilagem, uma grande injustiça no Brasil. Enquanto programas sociais desenvolvidos sob o Fome Zero têm uma abrangência impressionante, eles são fundamentalmente financiados pelas mesmas pessoas que pedem o benefício. O relatório inclui uma série de recomendações para o Estado Brasileiro, coerentes com a votação recente, no Congresso Nacional Brasileiro, de uma emenda à Constituição que torna o direito à alimentação um direito constitucional.

Recomendações específicas são feitas com relação à necessidade de assegurar: (a) o estabelecimento de uma instituição nacional independente para a promoção e a proteção dos direitos humanos; (b) o fortalecimento do SISAN; (c) o reforço da capacitação técnica do Ministério Público Federal; (d) o melhoramento da situação dos direitos dos povos indígenas; (e) a avaliação de impacto *ex ante* do direito à alimentação no contexto de projetos infra-estruturais de grande escala; (f) o respeito à liberdade de expressão e à liberdade de associação exercidos na forma de protesto social legítimo; (g) a consolidação continuada das políticas sociais do Programa Fome Zero; (h) o uso máximo dos recursos públicos disponíveis para a realização progressiva do direito à alimentação; (i) a distribuição de terras; (j) a avaliação participativa das diferentes formas de agricultura (as de grande e pequena escala), e do apoio oferecido pelo Estado Brasileiro a cada uma delas; (k) a avaliação participativa do impacto da política de comércio exterior sobre o direito à alimentação; (l) o cumprimento de exigências sociais e ambientais nas plantações de cana-de-açúcar (SCHUTTER, 2009:2).

A Organização das Nações Unidas (ONU) defende a ideia que a eliminação da fome no Brasil depende da consolidação de políticas sociais, da maior igualdade na distribuição da terra, do apoio contínuo à agricultura familiar e de uma reforma tributária progressiva. Ao mesmo tempo pede um monitoramento adequado por parte das autoridades e maior capacitação de autoridades locais para implementar os programas.

A (in) segurança alimentar apresenta-se não só como um elemento do desenvolvimento, mas também um determinante, se considerarmos o fato de milhões de pessoas no mundo viverem numa situação de insegurança alimentar grave (fome), tornando essa população suscetível a diversas doenças e agravos à saúde. Os problemas de insegurança alimentar

localizam-se, sobretudo, nos segmentos sociais cujo acesso aos alimentos é precário ou custoso por insuficiência de renda ou por incapacidade de produção para autoconsumo, e afetam mais diretamente os assim chamados grupos vulneráveis (crianças, idosos, gestantes, incapacitados, etc.).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2004 revelam que vivem cerca de 72 milhões de pessoas em condição de insegurança alimentar¹² (falta de acesso regular e permanente aos alimentos de qualidade e em quantidade suficiente) no Brasil, estando no meio rural a maior prevalência domiciliar de insegurança alimentar moderada e grave e, também, a maior proporção de população vivendo nessa condição. No caso do Estado do Rio Grande do Sul, o índice de insegurança alimentar (todos os níveis, leve, moderado e grave) demonstrou que 24,8% nos domicílios estão sujeitos a alguma insegurança alimentar, sendo que os percentuais mais elevados encontravam-se entre pessoas com menos estudo, menor rendimento e entre negros e pardos.

O Instituto de Estudos Sócio Econômicos em sua nota técnica (Inesc, 2007:2) relata que, ao mesmo tempo em que a Mensagem Presidencial reconhece que há no país cerca de 40 milhões de pessoas que sofrem de alguma limitação de acesso quantitativo aos alimentos e que essa limitação "*não está associada a uma baixa produção de alimentos, mas a renda insuficiente para adquiri-los*", faz pouco ao não reconhecer os obstáculos políticos que a Agenda Social está encontrando para ser implementada.

A erradicação da fome e a garantia do direito humano à alimentação adequada não se resolvem com o Bolsa Família. Este programa pode diminuir a precariedade da vida, mas não lhe dá dignidade. Para acessar as prateleiras dos supermercados ou as gôndolas das feiras populares, a família necessita de renda contínua e crescente. Precisam de trabalho e ele só existe se houver desenvolvimento com distribuição de renda. No modelo atual, o crescimento leva a uma concentração de renda nos setores mais capitalizados, em especial os financeiros, e uma desigual distribuição de renda para os demais setores (INESC, 2007:3).

Portanto, para que a renda auxilie na redução da insegurança alimentar, essa deve estar articulada a fortes investimentos em educação, promoção da saúde, inserção ocupacional,

¹² O suplemento Segurança Alimentar, produzido pelo IBGE (2004), definiu como domicílio com insegurança alimentar aquele em que no período de referência dos últimos três meses, ocorreu pelo menos uma das quatro seguintes situações: a) um ou mais moradores ficaram preocupados por não terem certeza de que os alimentos de que dispunham durassem até que fosse possível comprar ou receber mais comida que constituía a sua alimentação habitual; b) a comida disponível para os moradores acabou antes que tivessem dinheiro para comprar mais alimentos que constituíam as suas refeições habituais, sem considerar a existência dos alimentos secundários (óleo, manteiga, sal, açúcar, etc.), uma vez que sozinhos não constituem a alimentação básica; c) os moradores da unidade domiciliar ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada; d) os moradores da unidade domiciliar comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou.

saneamento básico e acesso à terra¹³. A inclusão social passa pelo fortalecimento da cidadania e difusão do reconhecimento e respeito aos direitos humanos. A pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz, Rosana Magalhães, em uma entrevista cedida a Graziela Wolfart (2008:1) coloca que *fome e pobreza não são sinônimos, embora sejam processos associados de maneira complexa e contraditória*. Inquirida em que sentido a fome está associada aos dilemas da construção da nação, do Estado e do desenvolvimento econômico e social do país, a mesma coloca que

[...] cada formação socio-histórica particular revela uma maneira de interpretar as interdependências e também as fronteiras entre os pobres e o restante da sociedade. O estatuto social dos pobres em cada época e em cada sociedade depende de como são tecidos, portanto, os laços sociais. A própria emergência da pobreza e também da desigualdade social está ligada a uma ruptura do padrão de coesão social tradicional. Ou seja, nem sempre a pobreza foi um problema a ser enfrentado. Pelo contrário, já foi algo desejável e natural. [...] O importante seria, assim, não estudar o pobre ou os famintos, mas a relação de proteção e assistência entre grupos que vivem numa sociedade. Ou seja, a fome, enquanto fenômeno social que ultrapassa a privação de nutrientes, expressa a natureza da desigualdade, o perfil do Estado e as expectativas em relação ao desenvolvimento no país.

Face ao cenário exposto, no campo das políticas públicas, o mais adequado parece ser a conjugação de esforços intersetoriais e multidisciplinares para a implementação de ações articuladas e condizentes com as necessidades do perfil de saúde e nutrição da população. Ampliar e, sobretudo, qualificar o acesso aos serviços de saúde e a cobertura da atenção à saúde, durante o período gestacional e a infância deveria ser a garantia de melhor estado nutricional e a possibilidade de eliminar a desnutrição em áreas e grupos populacionais específicos. Entretanto, à medida que os gestores se tornam interessados em traçar novas estratégias para antecipar as tendências da transição nutricional, é de se esperar o aumento da necessidade de utilizar instrumentos de racionalização na definição de prioridades no planejamento das ações de saúde.

Trata-se, portanto, de pensar as relações da política de nutrição social¹⁴ com o intuito de colocar conhecimento e informação a serviço da ação, seja dos governos ou dos atores sociais

¹³ Desenhos institucionais traduzidos em dispositivos intersetoriais capazes de garantir maior inserção e responsabilização de gestores e cidadãos tendem a alcançar maior impacto na redução das desigualdades sociais e melhoria dos níveis de bem-estar. A construção de uma agenda social comum a partir do diálogo entre diferentes atores sociais, capaz de aglutinar concepções e recursos distintos, a convergência em torno de objetivos, estratégias e resultados e, também, o monitoramento das ações através de indicadores qualitativos e quantitativos tornam-se, portanto, os novos desafios postos para a formulação e implementação de políticas sociais (MAGALHAES, BURLANDY, SENNA, 2007:1420).

¹⁴ Por tratar-se de uma dimensão essencial da vida, a nutrição perpassa todas as áreas de atuação pública, sendo estratégica para a consolidação de um projeto de desenvolvimento nacional que integra crescimento econômico,

interessados. As administrações estaduais, que têm sido as promotoras da maior parte das iniciativas existentes, poderiam convencer-se mais intensamente da importância da participação como instrumento para a melhoria qualitativa das ações relacionadas e sua promoção no âmbito das regiões. As administrações municipais, por sua vez, poderiam conscientizar-se da importância das iniciativas voltadas para a cooperação em escala regional. Esse caminho já vem sendo trilhado por algumas entidades que congregam administrações locais, como as associações de municípios de Santa Catarina, que criaram seus fóruns regionais de Desenvolvimento Integrado,¹⁵ ou a Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURGS), os Conselhos Regionais de Desenvolvimento – COREDEs, no Rio Grande do Sul.

Os desafios são expressivos e precisam receber um olhar atento e responsável daqueles que têm a possibilidade de efetivar mudanças. O processo de descentralização não pode ser considerado uma garantia de respeito às características regionais. As políticas sociais na agenda do desenvolvimento são dinâmicas, complexas e profundamente heterogêneas, e seus resultados revelam características próprias, consoantes com as significativas desigualdades regionais identificadas com as iniquidades sociais.

Ao longo dos anos, o Estado brasileiro buscou satisfazer algumas demandas da população desprotegida, tendo como base a provisão de serviços sociais, pelos quais era possível cobrir as mais variadas formas de risco individual e coletivo. Sob o ponto de vista de direitos universais, equidade, oportunidades sociais e atendimento às necessidades individuais são os componentes clássicos do Estado de bem-estar em qualquer sociedade. Daí é importante entender o Estado do Bem-Estar ou *Welfare* como um regime específico de transferências sociais, de base fiscal, com objetivo de promover o bem-estar dos indivíduos, através de uma redistribuição da renda e da riqueza (ativos) comprometida com a ideia de justiça (LAVINAS, 2000).

O movimento do modelo de proteção social que busca assegurar o direito humano à alimentação saudável e, conseqüentemente o direito à educação e à saúde, ainda se encontra distante, se levarmos em consideração que as lutas nacionais pelos direitos humanos são pouco abrangentes em relação ao conjunto de pessoas que se encontram no processo de insegurança alimentar em nossa população. A segurança alimentar e o bem-estar nutricional

social e humano, resgatando valores éticos, de equidade, de cidadania, de direitos, de identidade e diversidade cultural e ética. (EC Brasil) (BRASIL, 2005c).

¹⁵ Mais recentemente as Associações de Municípios de Santa Catarina formaram a base territorial para a organização das Secretarias Regionais de Desenvolvimento do governo estadual.

ainda se configuraram como grandes desafios no ideário da sociedade civil e no poder público. Embora inovações políticas e organizacionais voltadas ao alcance de maiores impactos redistributivos, consolidação de arranjos participativos e expansão de direitos sociais tenham sido implementadas, sobretudo no contexto de redemocratização dos anos 80, o Brasil continua enfrentando níveis intoleráveis de pobreza e exclusão social¹⁶.

A política neoliberal conduziu ao desmantelamento das instituições públicas, à desestruturação de equipes técnicas e dos programas e mesmo destruição de documentos históricos sobre esses. Na área de alimentação e nutrição, isso não foi diferente, em 1989, havia doze programas federais nessa área e, ao final do Governo Collor, apenas três mantiveram-se na agenda política: o Programa de Combate ao Bócio Endêmico e o SISVAN - no âmbito do setor saúde - e o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), sob gestão do Ministério do Trabalho. Em consonância com a política neoliberal, o modelo de desenvolvimento social se manteve voltado para os interesses do capital, em detrimento do bem-estar da população.

No contexto neoliberal, a política social passa a ser vista como paternalismo, como geradora de desequilíbrio, como geradora de algo que deve ser acessado via mercado e não como um direito social. Daí a tendência de des-responsabilização do Estado e des-investimentos das ações que configurem proteção social pelo Estado, o que paulatinamente vai desenhando o Estado mínimo para a população trabalhadora e o Estado máximo para o capital. Por isso, atualmente as políticas sociais, como a PNAN, tem a grande orientação de focalização das ações (PINHEIRO, CARVALHO, 2008:175).

Sob a luz do início da ascensão do modelo neoliberal, com o desmantelamento de instituições públicas e fortes denúncias de corrupção, um conjunto de técnicos, intelectuais orgânicos e acadêmicos, assumiram a construção da Política de Alimentação e Nutrição - PNAN como um caminho possível de resistência e valorização dessa temática no Ministério da Saúde. Assim, em 1999, é homologada a PNAN junto ao Conselho Nacional de Saúde, após as devidas pactuações nas instâncias colegiadas que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2000).

Reconhecida como política social assumiu como fundamentos o entendimento da alimentação saudável enquanto um direito humano, e a necessidade de articulação e da busca

¹⁶ Além da renda dos 20% mais ricos ser 26 vezes maior que a renda dos 20% mais pobres, 24% da população economicamente ativa possui rendimentos menores que 2 Dólares por dia. Para esses autores, a pobreza não é somente a falta de acesso a bens materiais, mas é também a falta de oportunidades e de possibilidades de opção entre diferentes alternativas. Pobreza é também a falta de voz frente às instituições do Estado e da sociedade e uma grande vulnerabilidade frente a imprevistos (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2006:22).

da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável. Entretanto, só há condições de pleno exercício do Direito Humano a Alimentação Adequada -DHAA através de medidas institucionais que visem à SANS¹⁷ (FROZI, GALEAZZI, 2004).

Essa política tem uma identidade própria e em termos conceituais, políticas públicas são *linhas de ação coletiva que concretizam direitos sociais declarados e garantidos por lei*, ou seja, são respostas do Estado às demandas que emergem da sociedade, sendo a expressão do compromisso público de atuação em uma determinada área em longo prazo (PINHEIRO, CARVALHO, 2008:173).

Segundo os autores, não há formas de avançar nessa implementação sem definir papéis relativos à totalidade das esferas envolvidas nesse processo: Estado, sociedade e mercado. Esses papéis passam pelos macro-objetivos norteadores das diretrizes da PNAN, que buscam incorporar às práticas cotidianas dos serviços de saúde o componente nutricional e, assim, qualificar a atenção à saúde e conjugar esforços para abrir um diálogo para *fora do setor saúde*, na tentativa de fomentar a formulação de políticas públicas para criação de ambientes saudáveis e de processos de educação em saúde, *fortalecer a autonomia decisória dos sujeitos e a tomada de consciência da população sobre suas reais condições nutricionais* (Pinheiro, Carvalho, 2008:176). Assim, a segurança alimentar e nutricional, como um direito humano e social da população brasileira *não pode ser garantida por meio da solidariedade*, as ações devem ser *progressivamente assumidas pelo Estado e desenvolvidas dentro da ótica de garantia de direitos e inseridas em um processo emancipatório de construção da cidadania* (VALENTE, 2002:23).

Ao mesmo tempo em que os programas na área de alimentação e nutrição resultam em iniciativas pontuais e pulverizadas desde da década 90 e, conseqüentemente, sem resultados efetivos, esses, historicamente, vêm atuando de forma sobreposta entre si e sem articulação

¹⁷ Os dados apresentados no estudo de caso Brasil em 2005 na análise da formulação de prioridades no plano nacional de governo e institucionalidade das ações de nutrição indicam que existem bases documentais e institucionais destinadas a gestão das ações de SAN e garantia do DHAA no país. Os prazos para alcance das metas de alimentação e nutrição estão explícitos no Plano Plurianual 2004/2007. O monitoramento do alcance dessas metas é coordenado pelo Ministério do Planejamento e pela Casa Civil e a coordenação da implementação destas atividades é feita pelo Grupo de Trabalho (GT) “Fome Zero” na Câmara de Políticas Sociais. Este GT é formado por ministros de diversas pastas da área social que possuem ações/programas de Segurança Alimentar e Nutricional integrantes do Fome Zero. Dessa forma, recomenda-se que esforços sejam empreendidos no sentido de garantir lei específica para regulamentar as ações de alimentação e nutrição, definir seu orçamento, além de garantir a institucionalização dos espaços e mecanismos que estão sendo criados. De igual modo, é fundamental envolver de forma crescente e efetiva a sociedade em todas as etapas da construção das políticas públicas (formulação, implementação e avaliação) em todos os níveis de governo (federal estadual e municipal) (BRASIL, 2005c).

entre as áreas responsáveis pela sua gestão e execução, evidenciando que a integração e a abordagem intersetorial não estão sendo devidamente contempladas em seu planejamento.

Os estudos revelam que a área da alimentação e nutrição sempre esteve à mercê da vontade política dos governos, expressa nas dificuldades institucionais, seja de ordem orçamentária, na carência de recursos humanos adequadamente preparados e suficientes em número ou pela falta de transparência na gestão das ações.

No plano diplomático-institucional, a área da Alimentação e Nutrição cresceu em volume de trabalho e de responsabilidades. Na esfera institucional, três elementos permearam a reorganização das ações de alimentação e nutrição no momento da implementação da política de alimentação e nutrição em 1999: a) uma questão nacional traduzida pela relevância epidemiológica da agenda pública governamental para responder às demandas socialmente problematizadas no campo da saúde pública; b) uma conjuntura favorável dentro do próprio Ministério da Saúde, no sentido de reorganizar e recompor o campo da alimentação e nutrição (recursos humanos, técnicos, orçamentários) e c) a pressão política de atores do Estado e da sociedade civil interessados na redefinição da ação do Estado no campo da alimentação e nutrição (CARVALHO et al., 2006; PINHEIRO, CARVALHO, 2007).

Em termos de espaços institucionais de participação da sociedade civil, no processo de formulação e implementação das políticas públicas, o País instituiu Conselhos de Políticas (no âmbito de uma política mais ampla), que podem ser deliberativos ou consultivos, assim como comissões e conselhos ligados à gestão e à operacionalização de programas específicos. Considerando o caráter intersetorial da política de alimentação e nutrição, comissões internas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram criadas no sentido de estabelecer o diálogo com os setores situados nas áreas de interseção com essa política. Entre as comissões estabelecidas pela Lei n.º. 8080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) tem como atribuição subsidiar o CNS na avaliação, operacionalização e acompanhamento da implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (inserida na Política Nacional de Saúde) (BRASIL, 2005c).

Ao mesmo tempo em que se avança nos espaços institucionais de participação da sociedade civil, se percebe pouco entendimento dos gestores governamentais de como proceder para a incorporação dessa nova terminologia na agenda governamental. A realização da Tese de Doutorado, junto ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da UNISC, foi um momento privilegiado de reflexão a respeito dessas relações. Alguns aspectos dessa reflexão encontram-se no capítulo 4 que trabalha a abordagem político institucional do estudo de implementação nos múltiplos níveis de gestão e competências.

4 O VALOR DO ESTUDO DA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DESCENTRALIZADAS: A QUESTÃO DOS MÚLTIPLOS NÍVEIS DE GESTÃO E SUAS COMPETÊNCIAS

Este capítulo é dedicado à apresentação das referências que orientarão a análise do processo de implementação da Vigilância Alimentar e Nutricional -VAN. Os objetivos estabelecidos para este estudo e as hipóteses que o guiarão serão os pontos de partida para a definição das referências a serem adotadas. O caminho escolhido foi o da revisão de alguns modelos de análise de políticas públicas, visando resgatar em cada um deles elementos que pudessem auxiliar na análise das políticas que são objeto deste estudo.

O que se propõe no estudo é utilizar como apoio os modelos e as abordagens examinados, buscando observar em cada um deles suas possibilidades e seus limites, resgatando aqueles aspectos que se mostram mais adequados ao recorte do objeto e aos objetivos deste estudo. Assim, o referencial que será utilizado para subsidiar a análise da implementação da política de VAN é tributário das diferentes abordagens que serão apresentadas. Não será privilegiado um único modelo. Trata-se, antes, de identificar as situações em que cada teoria mostra-se mais relevante para explicar as questões colocadas pelo estudo, qual modelo é mais adequado a cada situação e quais aspectos podem ser resgatados de cada um e utilizados conjunta ou sequencialmente na análise do objeto.

O tópico está estruturado da seguinte maneira: de início, será feito um breve retrato dos Referenciais Teóricos Para a Análise de Políticas Públicas. Partiu-se do pressuposto de que analisar políticas públicas é estudar o governo em ação e essa ação política e administrativa é estruturada por normas e procedimentos operacionais que compõem as instituições e estruturam o comportamento político. O tópico seguinte é justamente o da Implementação de Políticas Públicas. Nele serão abordados os seguintes aspectos: definição de implementação; diferentes visões sobre o processo: *top-down*, *bottom-up*, redes de implementação e de aprendizado; organizações de aprendizagem no setor público; a relação principal-agente e, por fim, princípios de centralização e de descentralização na implementação de políticas, incluindo os fatores favorecedores da implementação regionalizada de políticas no RS.

4.1 Referenciais teóricos para a análise de políticas públicas

O que vem a ser uma política pública? Segundo Souza (2006a:26), *não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública*. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, que entende a política pública como o Estado em ação, ou seja, a tradução dos governos em programas e ações voltadas para setores específicos da sociedade que produzirão os resultados/mudanças desejadas no mundo real. Nesse sentido, falar de política pública *é falar de pacto social, de interesses e também de poderes, visto que, atrás de todo o interesse há o poder. É falar do Estado em ação, do processo de construção de uma ação governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, arenas, idéias e negociação* (VIANA, BATISTA, 2008: 68).

Na mesma publicação, referindo-se à análise de políticas públicas, as duas autoras destacaram que:

É menos uma visão normativa e descritiva das políticas e mais uma análise das relações de poder entre grupos e como se expressa na orientação do Estado. É uma análise a respeito dos processos e atores (portadores de poderes) envolvidos na construção da política, identificando as formas de intervenção adotadas pelo Estado, as relações entre atores públicos e privados, os pactos, objetivos, metas e perspectivas do Estado e da sociedade (VIANA, BATISTA, 2008: 69).

Convém alertar para uma abordagem que define campos operacionais distintos, possíveis de detectar, com vantagens para a compreensão sobre tema tão amplo:

Uma importante ressalva é a de que o conceito de políticas públicas não deve contemplar indistintamente qualquer atividade governamental – devem-se distinguir duas de suas facetas: a gestão interna e a gestão das políticas públicas. A gestão interna diz respeito à mobilização que uma autoridade pública faz de recursos próprios a fim de produzir realizações concretas, especificáveis e individualizadas. Para tanto, ela dispõe de instrumentos de gestão, como: contabilidade, recursos humanos, informática, métodos e procedimentos etc. [...]. A gestão de políticas públicas, por sua vez, tem por pressuposto a transformação de produtos em efeitos ou impactos. Sob essa perspectiva, a legitimidade da autoridade pública se dá pela conquista de finalidades externas (NAJBERG, 2003:102).

Essa visão, segundo Viana e Batista (2008:66), *nos permite uma análise das relações de poder entre grupos e como se expressam na orientação do Estado*, ao mesmo tempo possibilita uma avaliação da capacidade das instituições de governo de escutar as demandas e incorporá-las e, especialmente, da habilidade das instituições no desenvolvimento de um projeto político de Estado. Decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz.

Nessa abordagem, merece destaque o caráter interdisciplinar, que envolve considerações de diversas ciências como Direito, Economia, Sociologia, Antropologia e História, ao analisar uma determinada política, retirando seletivamente de diferentes áreas temáticas elementos conceituais e metodológicos, práticas e técnicas de análise.

Segundo Labra (1999:154), na análise de políticas há aspectos considerados, consensualmente, como os mais relevantes e válidos, ainda que os autores não concordem quanto à centralidade de cada um. Dos vários modelos *de policy-making* disponíveis para contextos democráticos, a autora, considerou três como os principais para interpretar as variações nos modos de produção de políticas: *o pluralista, o neocorporativo e o neopluralista, que têm uma sequência cronológica na sua elaboração.*

A Escola pluralista vê o Estado como um espaço vazio onde grupos em disputa ou associados à burocracia governamental imprimem direção às políticas. O pluralismo clássico enfatiza elementos tais como a dispersão do poder e o acesso livre e competitivo de grupos de pressão às esferas de decisão. Central nessa concepção é a existência de poderes contrabalançados, de modo que todos os grupos, por meio de pressões, aí incluído o *lobby*, teriam a mesma chance de influenciar o *policy-making*. Esse é um dos maiores problemas, pois atribui o mesmo peso político a todos os grupos, inclusive ao Estado (LABRA, 1993: 200).

O neocorporativismo veio se opor à visão pluralista ao atribuir aos interesses organizados um papel principal no processo político, considerado como o tipo ideal de formulação de políticas, traduz ações concertadas, cooperativas, que envolvem tanto escolhas entre cursos alternativos quanto a representação e intermediação de interesses (Labra; 1999: 155). Cawson (apud Labra, 1999: 156) sintetiza as diversas posições sobre as funções que cumprem as associações de interesse afirmando que o neocorporativismo seria

um processo sociopolítico específico pelo qual as organizações monopólicas, representativas de interesses funcionais, estabelecem com as agências estatais intercâmbios políticos relativos aos resultados da política pública e que outorga a essas organizações um papel que combina a representação de interesses com a implementação de políticas, através da delegação de '*self-enforcement*' (ou poder de auto-regulação).

Segundo a autora, essa conceituação combina representação, controle e intermediação de interesses e um modo específico de formulação de políticas por concertação, tudo o qual guarda relação com a idéia de pacto social, que pode ter lugar tanto em nível nacional como em área específica de políticas. Além disso, implica a delegação de status público às organizações de interesse, o qual tem múltiplas implicações: uma intencionalidade formal do

Estado, no sentido de que a ação coletiva, auto interessada, contribua para a consecução de objetivos de política pública, e para intercâmbios entre a concessão de privilégios e aceitação de restrições quanto à abstenção de demandas não negociáveis e condutas responsáveis (LABRA, 1999: 156).

O neopluralismo é uma corrente mais recente que surge como reação ao pluralismo clássico e ao corporativismo e reconhece que no *policy-making* as relações governo-interesses podem estar institucionalizadas, que existe conflito, cooptação e consenso, e que certos grupos são excluídos. Admite que a política moderna pressupõe antagonismos entre múltiplas elites em torno da distribuição de recursos escassos; que, em certas áreas, o pluralismo está ausente; que os *poderes contrabalançados* não bastam para restabelecer o equilíbrio; sim, há ideologia na política; o consenso pode ser resultado da manipulação; e, o mais importante, o poder não é o produto de condutas voluntárias senão de ações conscientes e observáveis (LABRA, 1999: 157).

Na década de 1980, essas abordagens sofreram várias críticas, entre elas, a da dificuldade de atenderem à complexidade e dinâmica do processo político. A partir de então, surgem contribuições para mesclar modelos e criar novas formas de compreensão da realidade, como o neoinstitucionalismo que tem como principais representantes *Olsen, March e Skocpol* (Labra, 1993; 1999). Essa corrente introduz a questão de como uma determinada configuração institucional pode modelar condutas, preferências e interações dos atores em situações de decisão estratégica. Nessa visão, é possível considerar mais amplamente as relações Estado-Sociedade, o papel das instituições e atores e trabalhar com noção mais dinâmica do processo político. Em termos gerais, as instituições são as regras do jogo de uma sociedade, centram-se na forma como uma determinada configuração institucional modela as interações políticas e como as instituições alinham as estratégias políticas influenciando seus resultados (THÉRET, 2003).

Apesar das noções apresentadas, o novo institucionalismo não é uma corrente teórica uniforme, de modo que se pode falar em diferentes neoinstitucionalismos, com perspectivas diferentes. Em especial, podem-se identificar três vertentes: a histórica, a sociológica e a da escolha racional (*rational choice*) (Labra, 1999; Hall, Taylor, 2003). Essas abordagens, muitas vezes, possuem uma visão parcial, com foco em diferentes dimensões das instituições e do jogo político. Hall e Taylor (2003) abordam a questão das instituições colocando-as como o entorno da vida do indivíduo. Esse entorno preestabelece modelos morais e cognitivos por meio de rotinas, modos, símbolos e sequências, para a interpretação de uma situação e para gerar as possibilidades de ação nessa situação.

Segundo Hall e Taylor (2003), o neoinstitucionalismo histórico se manifesta principalmente no estudo das políticas públicas, mas é utilizado também para esclarecer aspectos da integração de países, como no caso europeu, a construção estatal e as mudanças de regime. O argumento principal dessa vertente neoinstitucionalista é a ideia de que os fenômenos sóciopolíticos são fortemente condicionados pelos fatores contextuais, exógenos aos atores, e muitos são de natureza institucional, sobre a dimensão contingente do peso institucional.

Por sua vez, o neoinstitucionalismo da escolha racional se concentra antes de tudo na importância estratégica das instituições, considerando as instituições em função dos constrangimentos e das oportunidades que elas oferecem aos atores. O neoinstitucionalismo sociológico encontra suas raízes na teoria das organizações, e coloca ênfase sobre o aspecto cognitivo das instituições e não sobre seu efeito contingente ou sobre sua dimensão estratégica, condiciona situações antes de avaliá-las (LECOURS, 2002: 16).

Immergut (1996) distingue o institucionalismo histórico dos demais em razão de sua natureza eclética ao misturar os enfoques “calculador e cultural”, os atores calculariam com base em seus interesses, mas ao mesmo tempo possuiriam diferentes visões de mundo, correspondentes às suas posições e contextos sociais - conseqüentemente, os interesses não seriam dados, como as preferências no institucionalismo da escolha racional, mas construídos politicamente. Enfim, as instituições devem ser pensadas juntamente com os interesses e os atores, porque ambos componentes são necessários para entender o passado e o nosso papel como sujeitos do futuro.

Hall e Taylor (2003) ressaltam a importância que a abordagem histórica confere às assimetrias de poder relacionadas ao funcionamento e à evolução das instituições, o que determina acessos desiguais aos recursos dentro do jogo político. Um conceito fundamental nessa vertente é o de *path dependence* (dependência da trajetória). As instituições conduzem as decisões políticas ao longo de vias (*paths*) onde, em diferentes arenas políticas, os participantes concorrem para tomar uma decisão. O ponto central da perspectiva está na maneira como as regras institucionais permitem que as demandas se tornem visíveis e politicamente significantes, olhando os atores como objetos e agentes da história e examinando arranjos institucionais que estruturam as relações entre Estado, sociedade e formulação e implementação de políticas, em um processo contínuo de interação das decisões políticas em relação à seqüência decisória.

A concepção central da dependência da trajetória está no fato de que a evolução histórica incremental é peça essencial para compreensão do papel das instituições. O

incrementalismo é a habilidade de se construir elos para que uma política seja efetivada, dando condições aos agentes (burocracia), inclusive com a alocação de recursos (Lindblom, 1981; Labra, 1999:142). Nesse sentido, precisa-se de uma hierarquização de funções e competências, sendo que os agentes devem estar totalmente interados dos objetivos (*net works*). Em certa medida, é uma constante delegação de competências, mas com os agentes conscientes das decisões políticas vindas de cima, isto é, aquilo que deve ser feito (LINDBLOM, 1981).

Muito mais do que garantias legais, o formato institucional diz respeito ao conjunto de medidas (espaços de participação, atores participativos, normas, regimentos, critérios, etc.) que possibilitam a efetivação do ideal democrático. Requer-se um aparato institucional pautado em regras e critérios que, resultantes de processos deliberativos, sejam capazes de desobstruir os canais que impossibilitam ou limitam a efetividade decisória dos processos participativos, tais como, diferenças de poder e/ou desigualdades sociais, cultura clientelista e autoritária e lógica burocrática da organização político-institucional (HALL, TAYLOR, 2003).

Da mesma forma, Labra (1993) relata que o que se constata nos sistemas políticos atuais é a existência de uma verdadeira rede de políticas, cujo processo de formulação inclui grande número de atores públicos e privados de diferentes níveis e áreas funcionais do governo e da sociedade. Esse processo, por sua vez, envolve interação, influência, controle e poder, e sua cabal compreensão coloca a necessidade de conhecer as características dos participantes, os papéis que desempenham, a autoridade a que estão submetidos. Ao mesmo tempo, a capacidade da Federação em incorporar ou contemplar interesses e preferências locais no desenho das políticas públicas, é um percurso complexo em que soluções para um grupo podem representar problemas para outro.

De toda a forma, as arenas colegiadas do SUS representavam uma parcela importante dos interesses dos cidadãos, incentivavam a capacidade de mobilização e organização dos atores e ao mesmo tempo contribuíam para a democratização do *policy-making* setorial. Por último, entender melhor as regras do jogo que facilitam ou constroem a conduta dos atores é um passo necessário para atingir os nossos objetivos no estudo. Nesse sentido, as contribuições dos neoinstitucionalistas são de grande valor, pois como escrevem Viana e Baptista (2008:65), *o neo-institucionalismo salienta que entre Estado e Sociedade existem instituições, que moldam o comportamento dos atores, demandam políticas e legitimam a ação do Estado.*

A partir dessa concepção, é possível considerar mais amplamente as relações Estado-Sociedade, o papel das instituições e atores, e trabalhar com noção mais dinâmica do processo político. Frey (2000) e Souza (2006b: 30) chamam a atenção para as limitações de aplicação do neoinstitucionalismo para análise da política pública no Brasil. Souza (2006a, p.39-40) afirma no fechamento da sua análise: *A despeito das contribuições das diversas vertentes da teoria neo-institucionalista para a análise de políticas públicas, é preciso lembrar que, como ocorre com qualquer referencial teórico, é preciso ter clareza sobre quando e como utilizá-lo.*

Ainda, segundo Frey (2000) e Souza (2006b), estudos recentes abordam uma análise multicausal da política, na qual enfatizam a importância de uma análise combinada de fatores para uma melhor compreensão das políticas públicas, levando as análises sobre o desenvolvimento das políticas menos dependentes de variáveis externas às próprias políticas. Viana e Batista (2008) complementam dizendo que esse processo leva em conta uma maior percepção tanto dos elementos que interferem nesse processo quanto do grau, tipo e peso da participação dos diferentes atores na formação de políticas, bem como de suas estratégias de interação em cada um dos momentos da ação estatal.

Frey (2000:235-241) destaca sua preocupação pela melhor compreensão de como se desenvolve o processo político, focalizando, para tanto, os *fatores culturais, padrões de comportamento político e, inclusive, atitudes de atores políticos singulares*, a partir do pressuposto central de que o processo político *repercute na qualidade dos programas e projetos políticos elaborados e implementados*. Todavia, da mesma forma que reconhece “a *insuficiência das abordagens puramente institucionalistas, ao suporem que uma mera reengenharia institucional já poderia colocar os regimes políticos nas trilhas sólidas da modernização democrática*, o autor observa limites nas abordagens da *análise de estilo político*, “*ao suporem que a mobilização de novas forças sociais e políticas ou a aplicação de novas estratégias políticas dispensariam reformas institucionais mais profundas*”.

Cada uma dessas escolas de referência pode nos explicar os rumos de uma política segundo os interesses individuais, segundo as regras institucionais ou as razões estruturais da sociedade capitalista, sendo mais comum o uso não exclusivo de um único referencial. Fica claro, pelo exposto, que as políticas públicas – seja pela riqueza conceitual, ou pela multiplicidade de olhares – configuram um complexo objeto de estudo. Nesse cenário, uma maneira de tentar facilitar a avaliação das políticas públicas é decompô-las em suas etapas ou estágios.

4.2 Análises de políticas públicas: o ciclo da política

Uma das maneiras de simplificar o estudo das políticas públicas é desagregar o processo em estágios ou fases e se referir ao conjunto das fases, como ciclo da política, que compreende desde a promoção de determinada ideia, de como solucionar um problema, até a própria solução do problema, porém circunscrita ao âmbito governamental. O ciclo da política pública é constituído pelos seguintes estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação.

Cada uma das fases envolve processos distintos, redes próprias de atores, e sofre influências do contexto político mais geral, em um processo dinâmico e de constante negociação. A literatura distingue diferentes fases do processo de “fazer política”: a construção da agenda (como surgem os problemas políticos e como integram a agenda governamental), a formulação de intenções, a implementação (como a política é aplicada) e a avaliação da política. Isso não significa que o processo político avance de forma ordenada, racional, com princípio meio e fim. Também não cabe compreender a decisão política enquanto um aspecto ou uma etapa do processo, mas, abordar a política como um todo enquanto um processo de decisão (LINDBLUM, 1981; VIANA, 1996).

A lógica que está por trás desse modelo é a de resolução de problemas (*‘applied problem solving’*), conforme pode ser observado no Quadro 4:

Fases da aplicação do modelo de solução do problema	Fases do ciclo da política
1. Reconhecimento do Problema	1. Entrada na agenda
2. Propostas de soluções	2. Formulação da política
3. Escolha de solução	3. Tomada de decisão
4. Pôr uma solução em andamento	4. Implementação da política
5. Monitoramento dos resultados	5. Avaliação da Política

Quadro 4. Cinco estágios do ciclo da política e sua relação com a aplicação do método de solução do problema.

Fonte: VIANA, BATISTA (2008:74)

Nesse processo, todas as fases possuem sua relevância pública, mas não existem como unidades isoladas, resultam de demandas políticas e sociais, de necessidades identificadas, de juízos de valor sobre certa realidade e de compromissos políticos assumidos. Quaisquer programas, inclusive aqueles considerados exitosos, possuem etapas ou processos passíveis de aperfeiçoamento ou mesmo de ampliação, tendo em vista sua natureza cíclica - formulação,

implementação e resultados - que os tornam processos dinâmicos e inacabados, sujeitos à complementaridade ou à renovação, tanto no que diz respeito a sua fase de formulação - em que são reveladas as opções políticas, como na de implementação - em que são reveladas as opções estratégicas (ARRETCHE, 1999).

Essa tipologia vê a política pública como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado, enfatizando, sobretudo, a definição de agenda (*agenda setting*) e por que algumas questões entram na agenda política, enquanto outras são ignoradas (Souza, 2006b). A entrada do problema na agenda governamental é a formulação propriamente dita da política e que pode ser entendida como um diálogo entre intenções e ações, baseada em um diagnóstico prévio e em um sistema adequado de informações, em que são definidas as metas, os recursos e horizonte temporal da atividade de planejamento, definindo-se a futura estratégia da implementação.

As fases de formulação e de tomada de decisão de um programa expressam as escolhas políticas de uma autoridade central (em qualquer nível em que esta autoridade esteja localizada). As escolhas políticas estão inseridas em uma cultura e em condições socioeconômicas que influenciam os “fazedores de políticas”. Em contra partida, as regras institucionais limitam o raio de ação de quem toma as decisões, e a decisão ocorre em instâncias hierárquicas governamentais, dentro de um Estado hierarquizado e que possui formas específicas de funcionamento (VIANA, BAPTISTA, 2008:76).

Entretanto, a transformação de uma política em ação ou programa não é um processo tranquilo, pois envolve a continuidade ou a revisão das negociações e dos compromissos anteriormente assumidos. As diversificadas redes de interesse refazem continuamente suas estratégias, procurando adequar seus recursos, reforçando suas informações e reformulando seus discursos, procurando adaptar-se às novas regras de poder. Para Piovesan (2002:17),

Fatores políticos e institucionais, como a estrutura formal das instâncias ou as vinculações partidárias dos decisores, exercem influência sobre a tomada de decisão, criando diferentes limites e oportunidades para a ação dos atores institucionais e dos grupos de pressão. Os fatores facilitadores, também encontrados nas diferentes fases do processo de decisão, possibilitam oportunidades de ação ou, na expressão de Immergut, *janelas de oportunidade*, que permitem mudar o curso do processo em favor da proposta de determinados interesses ou de um ator social. A implementação pode ser efetuada pelas antigas burocracias, tanto na mesma instituição, como em uma nova. Em um caso ou outro, os conflitos são inevitáveis, tornando-se bem mais complexa quando uma nova agência é criada pois, [...] implica em uma engenharia muito difícil e particular, envolvendo surdas lutas pelo poder e controle no âmbito de atuação do novo órgão.

Segundo a autora, a *impressão de tratar-se de uma fase estritamente técnica e despolitizada não corresponde à realidade*, na fase de implementação surgem conflitos,

resistências e rejeições face à mudança, e a política pode sofrer significativas alterações. Para Labra (1999:152), seus resultados são determinados tanto pelos grupos sociais e pelos interesses mais afetados pela reforma, como pelo apoio ou não dos funcionários governamentais envolvidos no processo.

A implementação, portanto, também é parte integrante da política, e a separação artificial entre elaboração e implementação serve, frequentemente, para que os formuladores das políticas desonerem-se, ao menos parcialmente, do ônus de resultados indesejados ao atribuí-los a problemas de implementação. O processo de decisão continua selecionando e estruturando os diferentes conflitos e articulando os diversos fatores técnicos e políticos que interagem na implementação em curso, em um processo simultâneo de formulação, implementação e avaliação. Além disso, a mesma ganha um caráter evolucionário: a cada ponto, impõem-se novas circunstâncias que permitem atualizar idéias e concepções que fundamentam a implementação. Quando se age para implementar uma política, ela está sendo alterada.

Bardach (1977) vê a implementação como o processo de interação estratégica entre numerosos interesses especiais, onde cada qual defende o seu próprio. Para esse autor, a implementação desenvolve-se de acordo com o conceito de jogo, traduzindo-se em inúmeras relações que se entrelaçam, envolvendo um grande número de jogadores, com estratégias e táticas próprias e com graus de incerteza. Wildawsky e Pressman (1998), delimitam o início do processo de implementação no momento da transformação da política em programa, isto é, quando por ação de alguma autoridade governamental, são criadas as condições iniciais necessárias à implementação. Sob essa ótica, para que uma determinada política tenha condições de ser implementada é necessário que a legislação e os fundos correspondentes já tenham sido aprovados anteriormente ou ainda, que acordos com entidades envolvidas já tenham sido acertados.

Para os autores, a implementação deve ser vista como um processo em evolução, pois novas circunstâncias estão sempre sendo enfrentadas, o que permite atualizar as ideias subjacentes à implementação. Em outras palavras, ao ser implementada, a própria política pode ser alterada. De acordo com Hill e Hupe (2002), não podemos trabalhar nem com uma definição da política que exclui qualquer implementação nem com uma que inclui toda a implementação. Se nenhuma ação é começada, a implementação não pode acontecer. Assim,

o autor coloca a implementação¹⁸ como o produto do que aconteceu nas etapas mais adiantadas do processo da política, ou seja, o transporte da decisão de política básica, normalmente incorporada em um estatuto, mas que também pode tomar a forma de ordens executivas importantes ou cotejar decisões.

Na nova perspectiva, a implementação é entendida como um processo autônomo, em que decisões são tomadas e não só executadas. Conflitos interinstitucionais, brechas e ambiguidades legais, omissão de normas operacionais, entre outros fatores, permitem que os implementadores tomem decisões relevantes para o sucesso da política. *Em boa medida, seus resultados são determinados tanto pelos grupos sociais e pelos interesses mais afetados pela reforma, como pelo apoio ou não dos funcionários governamentais envolvidos no processo* (LABRA,1999:152).

Portanto, traduzir programas na prática não é tarefa simples por uma série de razões relacionadas à natureza do problema, como as circunstâncias do entorno e ao aparato administrativo responsável, muitos programas não são implementados como previsto. No que diz respeito às circunstâncias ou ao contexto, merecem atenção as variáveis sociais, econômicas, tecnológicas e políticas. Já, com relação ao aparato administrativo, a implementação de políticas está sujeita aos conflitos intra-organizacionais – num mesmo nível ou em diferentes níveis governamentais.

A literatura também tem chamado a atenção para o fato de que no momento da implementação há imprevisibilidade, inversão de posições e renegociações podendo alterar os pressupostos iniciais da política. Entre as intercorrências possíveis que podem contribuir para esse processo, temos o possível descompasso no grau de conhecimento e clareza da política entre formuladores e implementadores dos programas; os fluxos de comunicação que são muitas vezes complexos ou inoperantes; a vulnerabilidade das agências a pressões de grupos de interesse e as próprias dificuldades em monitorar a conduta dos diferentes atores envolvidos no processo podem estar gerando conflitos em torno das metas e objetivos

¹⁸ A implementação corresponde à fase da política pública ou do programa durante a qual se geram atos e efeitos a partir de um marco normativo de intenções, de textos ou de discursos. Estão envolvidas questões como pressões, negociações, barganhas. A execução é a continuação da luta política sob formas específicas, onde a ambigüidade das normas e a flexibilidade das disposições estendem o jogo político até o executor (Souza, 2006a). É levar adiante uma decisão básica de política, usualmente incorporada em um estatuto, mas que também pode tomar a forma de importantes ordens executivas ou de decisões judiciais. Idealmente, essa decisão identifica os problemas a serem tratados, estipula os objetivos a serem perseguidos e, de diversas maneiras, “estrutura” o processo de implementação. O processo normalmente transcorre através de vários estágios, começando com a aprovação do estatuto básico, seguido dos resultados da política (decisões) das agências implementadoras, a concordância dos grupos alvo com essas decisões, o impacto real desses resultados, os impactos percebidos das decisões da agência e revisões importantes no estatuto básico (SABATIER, MAZMANIAN, 1989).

traçados. Essa fase encontra-se vinculada diretamente à fase da formulação cuja tendência é constituir pactos políticos abrangentes, sem uma especificação da política a ser implementada ou dos pré requisitos que a sustentam (WILDAVSKY, PRESSMAN, 1998).

Em geral, o experimentalismo dos programas e a descontinuidade da implementação contribuem fortemente para desestruturar as condições propícias à continuidade dos programas na agenda política dos Governos Federal, Estaduais e Municipais. Os programas são influenciados por questões de tempo (demora entre formulação e implementação), rapidez na formulação e no momento da decisão de implementar programas, em alguns casos, sem que condições prévias sejam asseguradas.

Assim, muitas das políticas governamentais requerem o esforço conjunto de duas ou mais organizações durante a sua implementação, mas não há oferta de incentivos que façam com que os indivíduos trabalhem juntos para o alcance dos resultados de uma política. Esse processo requer o exame mais atento de algumas de suas especificidades, os obstáculos e conflitos presentes numa implementação intra-organizacional não só continuam a existir, como são multiplicados: não basta que as organizações simplesmente atuem - elas têm de agir de maneira coordenada e a complexidade da implementação interorganizacional diminui as chances de que uma autoridade possa especificar em detalhes e monitorar as ações e interações requeridas por parte das unidades participantes (IMMERGUT, 1996; ARRETICHE, 2005).

Draibe (2001) e Arretche (2001a) compartilham a ideia de que a implementação é um processo gerador de informação para a formulação e, ao mesmo tempo, criador de novas políticas, traduzindo-se, muitas vezes, em experiências inovadoras que, no limite, podem reverter a própria política. Dessa forma, o estudo do processo de implementação de políticas pode não revelar o fracasso ou a inadequação entre formulação e implementação, mas o caráter imponderável das articulações políticas no campo da gestão pública e que muitas vezes pode se traduzir nos chamados efeitos inesperados, já bastante estudados na ciência política.

A implementação, assim, passa a depender das estruturas de governança, ou seja, apesar de haver um plano previamente negociado, discutido e aprovado pelos atores, nessa etapa há imprevisibilidade, inversão de posições e renegociações, sendo a política previamente aprovada alvo de mudanças (Hogwood, Gunn, 1984). Viana e Baptista (2008), advertem para não se concluir que a fase da implementação é uma fase administrativa da política, pois envolve questões estratégicas, política, interesses e múltiplos atores, sendo considerado um momento crucial no ciclo de uma política. Nesse momento, decisões podem ser modificadas

ou rejeitadas alterando o argumento principal da política, surgem novas negociações desencadeando novas decisões e formulações, reiniciando por vezes o ciclo de uma política. Segundo esses autores, a implementação...

pode ser encarada como um jogo em que uma autoridade central procura induzir agentes (implementadores) a colocar em prática objetivos e estratégias que lhe são alheias, mas a resposta (aceitação, neutralidade ou rejeição) dos Agentes implementadores depende de muitos fatores, tais como: o entrosamento entre formuladores e implementadores, a compreensão da política, o conhecimento de cada fase do processo e da quantidade de mudança envolvida com a nova política (VIANA, BAPTISTA, 2008:77).

Assim, o processo continuado de decisão estaria selecionando e estruturando os diferentes conflitos e articulando os diversos fatores técnicos e políticos que interagem na implementação em curso, em um processo simultâneo de formulação, implementação e avaliação (Wildavsky, Pressman, 1998). A teoria do “*game*” de Bardach caminha no sentido de que a implementação é um jogo e seus efeitos adversos seriam de quatro tipos: desvio de recursos que deveriam ser usados para obter ou criar certos elementos do programa; desvio das metas estipuladas no mandato original; resistência aos controles administrativos e perda de energias políticas e pessoais no jogo da política (*game-playing*) que deveriam ser canalizadas na ação programática construtiva.

Num contexto marcado por mudanças constantes, em que os programas são modificados enquanto postos em prática, a implementação é a única fonte de experiência com que os gestores podem contar para testar e aprimorar os programas. São duas as condições para que os resultados da avaliação possam ser usados para aprimorar a implementação, pela habilidade dos avaliadores em aprender com a experiência e a dos implementadores de aprender com os avaliadores. Souza (2006a: 21), esclarece que...

análises voltadas para a implementação de políticas públicas devem focalizar a) o grau de conhecimento e capacidade das organizações e dos implementadores sobre a política que está sendo implementada; b) os diversos processos que compõem a implementação, inclusive seus pontos de conflito; c) o papel dos atores e dos agentes na implementação; e d) o grau de discricionariedade da burocracia quando implementa a política pública. Ao elaborar um projeto que incorpore os problemas de implementação, pode-se compreender melhor: a complexidade de se alcançar os objetivos almejados pela política pública; as possibilidades de fracasso da política originalmente desenhada; a natureza dinâmica da transformação da política em ação; o papel e a importância dos detalhes técnicos e da base de informações; o papel dos servidores de linha e sua potencialidade para mudar os rumos da política; a identificação de ambigüidades ou contradições no desenho original da política e as questões práticas do dia-a-dia que influenciam o resultado das políticas e como esses resultados são influenciadas pelo trabalho cotidiano da burocracia que a programa.

Considerando a avaliação como ferramenta para subsidiar alterações de curso nas políticas públicas, tem-se o *policy learning*, ou seja, o aprendizado constante na implementação de uma política pública. O conceito de trajetória pré-estabelecida deveria ser substituído pela contínua reformulação. Os autores Silva e Melo (2000:11) alertam para que o *policy cycle* não seja entendido de forma simplista e linear, ou como possuindo um ponto de partida estabelecido. Segundo os autores, *ele é melhor representado por redes complexas de formuladores, implementadores, stakeholders¹⁹ e beneficiários que dão sustentação à política; e por "nós" críticos*. Ainda, segundo os autores, esses "nós" ou elos críticos representam os pontos no tempo onde questões referidas ao processo de sustentação política dos programas, de coordenação institucional e de capacidade de mobilizar recursos institucionais se conjugam. É exatamente nesse ponto que se forma um importante momento de aprendizagem, e o desenrolar da mesma tende a conduzir o programa a uma nova direção.

O aprendizado, pois, é a chave para a implementação e para a avaliação: avalia-se para aprender e aprende-se para implementar. É na produção e no consumo de informações, isto é, na aprendizagem, que a implementação e a avaliação se complementam. Os usuários da informação – normalmente os implementadores – poderiam trabalhar com os avaliadores para interpretar os dados colhidos. A disseminação da informação poderia advir de um esforço cooperativo. Os avaliadores poderiam envolver, em todos os estágios da avaliação, os tomadores de decisão e os usuários da informação que trabalham em todas as etapas da implementação. Embora, na prática, elas muitas vezes se sobreponham, é importante manter a distinção conceitual entre a avaliação e a implementação, a fim de evitar que a análise seja absorvida pela ação, em detrimento de ambas (WILDAVSKY, PRESSMAN, 1998).

Segundo Viana e Baptista (2008), é no momento da implementação que se descobre a real potencialidade de uma política, quem são os atores que a apóiam, o que cada um dos grupos disputa, e seus interesses. A partir desse processo, novos pactos são firmados, envolvendo atores, muitas vezes não participantes do pacto inicial de formulação, responsáveis pela prestação direta de serviços e que são, na ocasião da implementação, os principais agentes de transformação da política. Inicia-se um novo processo decisório, uma nova formulação da política, agora voltada para a sua aplicabilidade mais imediata e já não mais sujeita a intervenções ampliadas dos grupos sociais que sustentaram a proposta previamente aprovada. Para a análise da implementação em curso, Viana e Baptista (2008:79), apontam a necessidade de realizar alguns questionamentos preliminares:

¹⁹ Grupos envolvidos pelas políticas e nelas interessados.

A formulação da política apresenta objetivos, metas e direção claros? Os recursos necessários para sua implementação foram considerados no momento da formulação/implementação? O processo de construção da estratégia de implementação é claro? Em especial quanto à divisão de atribuições e atividades? Exige mudança organizacional? Os atores envolvidos na implementação estão de acordo e compreendem a política traçada?

Essas questões têm sido abordadas nos estudos da implementação de políticas. Merecem destaque os enfoques *top-down* e *bottom-up*. A escolha do modelo de avaliação da implementação da política deverá dar-se em função de uma avaliação do conjunto que deverá ser realizada tendo em conta as características que apresenta a política. Frequentemente, inclusive porque ela é sempre uma solução de contingência, de compromisso (situações mistas podem ocorrer) e por aproximação, a escolha pode se modificar ao longo da análise (MAPP-GAPI-UNICAMP, 2002).

O modelo *top-down*, em geral, estabelece uma distinção entre elaboração de políticas, implementação de políticas e avaliação dos impactos das políticas. Entende a política como uma propriedade dos formuladores situados no topo das organizações, como atores que têm o controle de formulação, enfoca, assim, os acontecimentos empreendidos por uma única instância decisória, procurando responder a questões como: *o grau de alcance da política; o equacionamento dos impactos e os objetivos; os principais fatores que afetam o impacto e a própria política e as transformações obtidas ao longo do tempo* (VIANA, BAPTISTA, 2008:80).

Essa abordagem parte de uma *policy decision* e busca entender em que extensão seus objetivos foram alcançados e por que (Sabatier, Mazmanian, 1989; Silva, Melo, 2000; Mapp-Gapi-Unicamp, 2002). Aborda o porquê de certas políticas serem bem sucedidas (bem implementadas) e outras não, partindo de uma definição de implementação como um processo em que ações de indivíduos (ou grupos) públicos ou privados dirigidos à consecução de objetivos previamente estabelecidos mediante decisões políticas.

A hipótese de *top-down* é a de que é possível separar claramente a elaboração da implementação de uma política, e que os implementadores são de fato os agentes daqueles que decidem. Assim, os problemas da implementação são necessariamente entendidos como “desvios de rota” e estão mais relacionados à coordenação interorganizacional e ao controle (Sabatier, Mazmanian, 1989). Centra-se na questão dos mecanismos de controle sobre os agentes implementadores para que os objetivos da política sejam atingidos, o que pressupõe uma visão singela e irreal da administração pública. O principal problema dessa abordagem é a ênfase excessiva dada aos decisores políticos de alto escalão, que atuam apenas

marginalmente na implementação se comparados aos funcionários de nível médio (SILVA, MELO, 2000).

Outros pressupostos da visão *top-down* são: ambiente caracterizado por informação perfeita, recursos ilimitados, clareza de objetivos, linhas únicas de comando e autoridade e ainda, legitimidade política e consenso quanto ao programa ou política. Uma das críticas a essa abordagem dirige-se para a visão do processo de elaboração de políticas como linear e hierarquizado entre os momentos da formulação e da implementação. Um problema decorrente da disseminação desse modelo é tomar o que seria apenas um instrumento analítico como uma representação real de como a política desenvolve-se. A visão linear subjacente a esse modelo é contestada pela própria dinâmica das políticas, que é, na verdade, um processo permeado de idas e vindas, no qual as fases não se distinguem facilmente (SILVA, MELO, 2000).

Contrariamente ao pressuposto da abordagem *top-down*, o processo de negociação mantém-se durante a fase de implementação, e esse *continuum* elaboração – implementação provoca efeitos de baixo para cima, modificando a própria concepção de partida. Nesse sentido, surgem metodologias alternativas que pretendem mudar a perspectiva de análise. Trata-se de reconstruir os efeitos da política a ser analisada, a partir dos impactos gerados em direção progressiva à tomada de decisão, a fim de determinar quantos destes impactos podem ser explicados pela atuação das agências administrativas implementadoras e quantos, ao contrário, devem-se a causas externas à política pública examinada (SABATIER, MAZMANIAN, 1989).

Da abordagem *bottom-up*, resgata-se a ideia de mapear as redes de atores sociais envolvidos nos diferentes níveis, contemplando seus objetivos e suas estratégias de ação, uma vez que a implementação efetiva é sempre realizada com base nas referências que os implementadores de fato adotam para desempenhar suas funções (NEPP, 1999:30). O foco, no caso, é a dinâmica de funcionamento do programa. A ênfase é sobre a rede de atores envolvidos, suas metas, suas estratégias, suas atividades e suas interações, visando mapear suas ações em torno de um *policy problem* (SABATIER, MAZMANIAN, 1989).

A análise *bottom-up* facilita a perspectiva da formulação, da implementação e da avaliação de políticas públicas como fases interdependentes, como na verdade, o são. A abordagem parte dos atores sociais – públicos e privados – envolvidos na implementação dos programas e examina os seus objetivos pessoais e institucionais, suas estratégias e sua rede de contatos. Estudos orientados por essa abordagem mostram que o sucesso ou o fracasso de um programa depende normalmente do comprometimento e das habilidades dos atores que estão

diretamente envolvidos na implementação dos programas, daí a ênfase que se dá aos incentivos que induzem os agentes implementadores a aderir aos objetivos da política (SABATIER, MAZMANIAN, 1989).

Esse enfoque chama atenção para o fato de que certas decisões que idealmente pertencem ao terreno da formulação só são efetivamente tomadas durante a implementação, porque supõem que determinadas opiniões conflitivas não podem ser resolvidas durante o momento da tomada da decisão. Da mesma forma, o modelo também é passível de críticas ao ignorar o motivo pelo qual alguns importantes atores potenciais não pertencem a nenhum grupo ou rede de interesse e ao negligenciar o fato de que fatores legais e socioeconômicos podem estruturar as preferências, os recursos e a participação dos atores, às vezes, sem o seu conhecimento explícito. As críticas feitas a essa abordagem são formuladas particularmente pelos adeptos do modelo *top-down*. Segundo elas, a avaliação *bottom-up* tende a superestimar os demais agentes envolvidos nas políticas e sua capacidade de incidir sobre as mesmas, em detrimento da capacidade de intervenção do centro decisório (SILVA, MELO, 2000; MAPP-GAPI-UNICAMP, 2002).

Nessa direção, Sabatier e Mazmanian (1989) destacam que as análises de implementação, em vez de se limitarem ao uso de um ou outro método, devem procurar contemplar os aspectos pertinentes de cada abordagem, evitar a separação do processo de implementação do de elaboração das políticas e considerar a importância da negociação e da barganha que ocorrem durante o processo político. Esse processo expressa a visão aqui adotada que, já referida no início deste capítulo, é de utilizar contingencialmente as abordagens aqui apresentadas, evitando a separação entre os ciclos que compõem a política, considerando que a negociação e a barganha podem ocorrer durante o processo político (VIANA, 1996).

Pela colocação acima, pode-se inferir uma conclusão contraditória: a de que a administração pública gerencial, ao distinguir a formulação da implementação de políticas, acaba por reforçar o modelo *top-down* de implementação. O estilo de administração pública – burocrático ou gerencial – adotado exerce impacto sobre a formação e o desenvolvimento de uma política desde o seu início, durante a Construção da Agenda e a Formulação de Políticas Públicas – que são as duas primeiras fases do *policy making* (VIANA, BAPTISTA, 2008).

Igualmente, estudos sobre implementação de políticas públicas revelam a prevalência da ambiguidade de objetivos, problemas de coordenação intergovernamental, recursos limitados e informação escassa, principalmente quando não se identifica, com clareza, o responsável

pela prestação global dos serviços públicos. Esse é um dos maiores problemas enfrentados pelo modelo pós-burocrático (ABRÚCIO, 1998).

Então, frequentemente, o estudo e o acompanhamento da implementação enfrentam a dificuldade de identificar o que efetivamente está sendo implementado, porque as políticas públicas são fenômenos complexos. Eventualmente, essa complexidade é deliberada, ou seja, em certos casos, as políticas formuladas podem ter apenas o objetivo de permitir que os políticos ofereçam ao público satisfações simbólicas, sem que haja nenhuma intenção verdadeira de implementar as mesmas. O acompanhamento e controle das políticas devem incluir também o tipo de política e de arena política; o contexto inter e intra-organizacional em que ocorre a implementação; e o mundo externo sobre o qual a política deverá exercer o seu impacto (RUA, 2002).

[...] as gerações de pesquisas de implementação que se acumulam demonstram resultados em pelo menos dois aspectos: melhor entendimento de que significa a implementação e sua variação através do tempo, das políticas e das unidades de governo. [...] O mérito do estudo de Pressman e Wildavsky foi demonstrar o quanto, apesar da decisão central, a operacionalização do programa apresentava inúmeros percalços no nível local. [...] Os estudos de implementação também demonstram o quanto essa varia de acordo com a política e seus diferentes tipos de formato, centralizado ou descentralizado, e com a natureza das agências que a implementam. Os estudos indicam a importância de se estabelecer a inter-relação entre distintos níveis de governo e entre políticas, contrapondo-se à ênfase na decisão de uma única autoridade e numa única política (PEREZ, 2001:67).

Além do mais, a literatura especializada tem reforçado a ideia de que a política deve ser permanentemente acompanhada, implicando no monitoramento constante do processo de implementação, com uma longa durabilidade da própria pesquisa. Mas, nem sempre os implementadores são os atores situados no topo da pirâmide política, assim, o acompanhamento de uma política deve levar em consideração a existência de uma percepção precisa acerca da política que se implementa e isso nem sempre ocorre. Ou seja, nem sempre os indivíduos que atuam na implementação de uma política sabem efetivamente que estão trabalhando como implementadores de algo abstrato como uma política. Rua (2002:18) complementa dizendo...

Uma instância pode facilmente assumir que tomou a decisão demandada pelo público, sabendo antecipadamente que os custos de sua implementação irão recair sobre outra instância, sem que sejam providenciados os recursos necessários para tornar a ação possível. Em virtude disso, uma política pode simplesmente não chegar a ser implementada, seja pela reação de interesses contrariados, seja por reação ou omissão dos agentes públicos envolvidos, seja por reação ou omissão até mesmo dos possíveis beneficiários.

Portanto, são redes complexas formadas por formuladores, implementadores, *stakeholders* e beneficiários que dão sustentação à política. Essa complexa teia de “nós” ou elos críticos representam os pontos no tempo onde questões referidas ao processo de sustentação política dos programas, de coordenação interinstitucional e de capacidade de mobilizar recursos institucionais se conjugam. Para o entendimento dela, o conceito de implementação a ser adotado nesta tese é aquele que a vê como um processo evolutivo de interação estratégica entre diversos atores sociais. A implementação deve ser aqui compreendida como o conjunto de decisões e de ações postas em prática pelo Estado visando à consecução da política de VAN, não representando necessariamente o alcance de seus impactos, já que a avaliação da conquista de muitos deles só pode se dar a longo prazo.

4.3 A implementação de políticas públicas em estados democráticos e federativos

Este texto pretende chamar a atenção para o(s) modo(s) pelo(s) qual (is) a democracia e o federalismo podem impactar a implementação de políticas públicas. Para Souza (1998) as mudanças e práticas diversas dentro de cada federação se constituem no aspecto mais difícil para explicar e compreender o funcionamento dos sistemas políticos federais. Atualmente, raros são os programas que não são implementados no contexto de um sistema de relações intergovernamentais, sob processos decisórios pautados por regras democráticas. Ter em mente as conseqüências institucionais destes fatores é de fundamental importância para aumentar a probabilidade de sucesso de programas de larga escala (ARRETCHE, 2002).

Resguardados pelo princípio da soberania, estados e/ou municípios assumem a gestão de políticas públicas sob a prerrogativa da adesão, precisando, portanto, ser incentivados para tal (Arretche, 1999). É ainda razoável supor que políticas públicas compartilhadas entre membros de partidos que competem entre si tendam a produzir comportamento não-cooperativos, pois na base das relações de implementação haveria uma incongruência básica de objetivos, derivada da competição eleitoral. Suponhamos a implementação de um programa federal de reestruturação de companhias estaduais de saneamento. Os objetivos ou prioridades dos formuladores e implementadores do plano federal tendem a ser, por princípio, distintos ou até mesmo opostos aos dos agentes implementadores no plano estadual, quando governados por partidos de oposição ao governo federal (ARRETCHE, 1999).

Nesse panorama, a literatura sobre a experiência brasileira de construção federativa, de descentralização de políticas públicas e das características do poder local tem chamado a atenção para a persistência de alguns dos traços mais reveladores da perpetuação de vícios político-administrativos e consequente ineficácia da máquina pública. A atenção sobre os movimentos que compõem o conjunto de decisões locais fornece pistas importantes para revelar o perfil de distribuição do gasto e seus critérios. Segundo Ferreira (2006:43), a inferência que esta etapa produz sobre a conduta da gestão vai proporcionando um guia sensível para orientar a dinâmica das relações políticas,

A hierarquia entre os entes federados, aos estados restou a responsabilidade de coordenar a descentralização e, mais recentemente, a regionalização. Esse papel tem sido largamente negligenciado na prática, criando-se por força do fluxo das transferências fundo a fundo, uma relação direta dos municípios com o Ministério. O significado maior deste cenário é de que os dois pólos (União e município) é que realmente contam no ordenamento da política municipal, enquanto a interferência do nível estadual se reduz à implementação de alguns quesitos de natureza técnica. No entanto, as agendas conflitantes entre estado e municípios, por conta dos resultados eleitorais podem provocar tanto iniciativas de imposição como abandono e paralisia decisória seletiva sobre os territórios tidos como adversários. O município é responsável pela execução da política – no caso específico de adesão à gestão plena – em toda sua extensão, abrangendo desde estratégias de promoção à saúde, passando pela prevenção e atenção curativa do nível básico à alta complexidade. Ao receber recursos e dar contrapartida através de recursos próprios são muitas as razões para que interesses conflitantes estejam presentes e interferindo na fisionomia e nos resultados da política.

As expressões da história recente revelam o quanto se afirmam escassas as oportunidades de tornar as relações intergovernamentais cooperativas. Arretche (1999) discorre que resguardados pelo princípio da soberania, estados e/ou municípios assumem a gestão de políticas públicas sob a prerrogativa da adesão, precisando, portanto, ser incentivados para tal. A autora supõe que políticas públicas compartilhadas entre membros de partidos que competem entre si tendem a produzir comportamentos não-cooperativos, pois na base das relações de implementação haveria uma incongruência básica de objetivos, derivada da competição eleitoral. Da mesma forma, complementa dizendo que os objetivos ou prioridades dos formuladores e implementadores do plano federal tendem a ser, por princípio, distintos ou até mesmo opostos aos dos agentes implementadores no plano estadual, quando governados por partidos de oposição ao governo federal.

Ao mesmo tempo em que as estruturas estatais e o desenho institucional podem afetar o processo decisório a partir de mecanismos administrativos e políticos, a forma de implementação, os mecanismos e incentivos, os instrumentos de indução e controles escolhidos para operacionalizar e gerir determinada política, assim como as formas de medir seus resultados, refletem por sua vez valores e escolhas políticas em momentos específicos,

revelando os objetivos estratégicos de diferentes opções. Seguindo a linha de raciocínio, Almeida (2003:3) reforça que

o dilema que permanece é o da autonomia da gestão local *versus* implementação de políticas de escopo nacional: a autonomia plena seria desejável em nome da democracia e da heterogeneidade, mas é fortemente dependente da eficiência e competência dos sistemas decisórios locais e tendente a produzir mais fragmentação e perpetuar desigualdades; a vinculação condicionada transforma os municípios em "preenchedores de requisitos burocráticos", inibe a criatividade e o desenvolvimento de capacidade local para enfrentar demandas diferenciadas...aparentemente essa dinâmica espelha, por um lado, a falta de confiança do nível central na capacidade de implementação local, que não é infundada, e o afã do executivo federal na definição de critérios precisos, que garantam o cumprimento de parâmetros de política nacional fixados centralmente.

Da mesma forma, em estados federativos, o processo de implementação é, em si mesmo, um processo de barganhas, através do qual as políticas são (re)feitas. No momento da implementação das políticas, o governo federal *chama governos locais a atuar como seus agentes, delegando-lhes responsabilidades para gastar recursos federais e, em contrapartida, agregar (ou não) recursos dos orçamentos locais* (NEPP, 1999:18). Caso o governo central pretenda incentivar a co-participação financeira dos governos locais, a forma de transferência de recursos deve ter um desenho específico de modo a produzir estímulos para que as administrações locais desembolsem recursos naquela política particular (ARRETCHE, 1999).

Em Estados federativos, com sistema partidário competitivo, o controle de postos, no executivo e nas agências de governo, constitui importante recurso institucional das partes em disputa, o que implica dizer que tais sistemas tendem a estimular conflitos intergovernamentais. Esses engendram barganhas federativas *que retardam sobremaneira o processo decisório e a transferência de recursos, informações e insumos técnicos entre as unidades de governos* e por sua vez diluem as responsabilidades dos entes federados em relação à implementação de políticas públicas (SANTOS et al., 2006:18).

Essas questões complexas entre os entes federativos resultam do fato de que muitas ações governamentais não envolvem a promulgação de programas explícitos instituindo novas atividades. Um exemplo comum são os aumentos ou reduções de recursos para atividades específicas, de modo a estimular ou simplesmente cancelar determinadas políticas, sem que isto seja afirmado diretamente por qualquer agência governamental.

Na realidade, a indefinição de competências, a dispersão de esforços e recursos, as dificuldades para se responsabilizar as diferentes esferas executivas pela inexistência ou inadequação da prestação de serviços, têm sido as características do processo descentralizador no Brasil. Dentre os principais problemas que atingem a gestão municipal no país, na ótica

dos próprios prefeitos, incluem-se: recursos financeiros e humanos insuficientes; falta ou insuficiência de instalações, equipamentos e pessoal nas áreas de saúde e educação, interferência negativa por parte dos políticos locais e falta de apoio por parte dos governos estadual e federal (ARRETCHE, 1999).

Esses aspectos remetem a um território nebuloso no processo de implementação, principalmente quando o valor de determinada política deve ser observado não apenas em função de seu conteúdo, mas também pela potencialidade de sucesso de sua implementação. Entretanto, quase sempre os formuladores da política a avaliam sem ter experiência de campo, desconhecendo os verdadeiros problemas do dia-a-dia administrativo; por outro lado, quem executa a política muitas vezes não sabe por que o faz e, pior, fica impossibilitado de repassar sua experiência para os formuladores. Esta incomunicabilidade dificulta a realização de um dos principais pontos da moderna teoria da administração pública: o conceito de aprendizado organizacional, capaz de aprimorar constantemente a prática administrativa. O trecho abaixo é contundente e diz respeito às práticas correntes e seus efeitos:

Em situação bastante freqüente, os gestores se colocam de forma centralizada na formulação da política, compreendendo que basta apenas o repasse de informações para seus subordinados, os profissionais da ponta, os reais implementadores da política. Da mesma forma, estes mesmos profissionais, que não foram ouvidos na formulação, tornam-se os responsáveis pela ineficiência na implementação, servindo de bodes expiatórios, responsabilizados pelo não êxito de uma política que sequer pensaram, compreenderam ou mesmo concordaram. Trata-se de uma visão centralizadora, onde a ação do profissional deve ser regida não por suas crenças e valores, mas por um saber de fora, estranho, não compartilhado (SAMPAIO, ARAÚJO JR, 2006:6).

Na visão de Sampaio e Araújo Jr (2006), podem ocorrer divergências entre as esferas administrativas e políticas durante a implementação da política que tendem a trazer inúmeros problemas, podendo até tornar a execução impossível de ser empreendida com sucesso pela administração pública. Além disso, os planejadores de políticas públicas não consideram variáveis que podem surgir no ato da implementação, sendo que podem afetar significativamente o desempenho da política pública, podendo-se citar a mobilização de recursos técnicos, institucionais, financeiros e políticos, as bases de dados com informações armazenadas, a estratégia de implementação utilizada, comunicação e integração organizacional e a própria resistência dos executores e/ou servidores públicos (ESCOBAR SOUZA, 2008).

Na verdade, a taxa de sucesso depende da cooperação não apenas dos agentes institucionalmente vinculados aos demais níveis de governo, mas de centenas de potenciais

beneficiários e provedores cujo comportamento precisa ser coordenado. Disso, decorre a necessidade vital de uma adequada estrutura de incentivos, capaz de induzir os diversos atores a um comportamento cooperativo (ARRETCHE, 2001b).

Ao mesmo tempo, segundo Viana et al. (2002), *não se pode assegurar que as políticas de descentralização no setor da saúde desencadeiem um círculo virtuoso, pois se sabe que as partilhas regionais e locais giram em torno de recursos reconhecidamente escassos. A proposta dos autores revela a necessidade de identificar a dinâmica própria de municípios e suas articulações intra e extra-setoriais, pois os rumos da política de saúde são contingentes à complexidade dos arranjos políticos locais/regionais e das estratégias institucionais em suas formas particulares de expressão.*

Assim, se a estratégia de descentralização tem o sentido de remeter ao nível local uma série de responsabilidades e flexibilidades na gestão da política, por outro lado, não é possível desvincular as decisões do micro-espço das interferências de pelo menos dois tipos: um, que diz respeito à institucionalidade setorial do nível nacional, mais precisamente o Ministério da Saúde e da representação social junto ao Conselho Nacional de Saúde; a outra, tem a ver com os determinantes macroeconômicos, do ambiente político e suas práticas e os das influências internacionais (FERREIRA, 2006:14).

De igual modo, é fundamental que os níveis mais centrais mantenham órgãos de monitoramento do processo de implementação, bem como políticas deliberadas de correção dos desequilíbrios regionais, no sentido de assegurar justiça e equidade. Escobar Souza (2008) relata que, como os atores responsáveis pela prestação direta de serviços são, na ocasião da implementação, os principais agentes de transformação da política, nesse momento tem início um novo processo decisório, uma nova formulação da política, agora voltada para sua aplicabilidade mais imediata e já não mais sujeita a intervenções ampliadas dos grupos sociais que sustentam a proposta previamente aprovada.

Assim, as mudanças na institucionalidade estatal destinadas a imprimir uma lógica mais pactuada entre setores de governo e sociedade, abrem caminhos para implementação de novos processos de definição de prioridades na alocação de recursos, que podem favorecer a canalização de demandas dos segmentos com maiores dificuldades de acesso aos programas e a potencialização dos recursos existentes; as estratégias de gerenciamento de redes de políticas podem alterar a redistribuição dos recursos entre os atores favorecendo, por exemplo, os municípios mais pobres; as relações entre níveis de governo num contexto de descentralização indicam a importância de que as funções de cada ente federativo sejam efetivamente desempenhadas, no sentido de garantir a equidade na redistribuição dos recursos e a qualidade na aplicação local dos recursos repassados (ARRETCHE, 2000).

É neste ponto que se torna fundamental compreender que a capacidade de governo é aspecto crucial para a eficiência do Estado. Essa capacidade que um determinado governo tem para formular e implementar as suas políticas também é conhecida pelo termo governança. Por fim, deve-se deixar claro que os termos capacidade de governo, governabilidade e governança são utilizados nesta tese como sinônimos, pois pelo exposto até o momento, os três confluem para um mesmo significado, qual seja a capacidade que um determinado governo tem para formular e implementar as suas políticas.

4.4 O significado da governança multinível em políticas descentralizadas

A visão da implementação de políticas enquanto rede ou campo de implementação e formulação constitui um quadro de referências que permite uma representação mais consistente dos mecanismos de implementação de políticas, particularmente em contextos com as características discutidas. E passa a estar fortemente enraizada ou dependente de estruturas de governança (*governance*). Governança²⁰ aqui é entendida como os processos de interação entre os atores estratégicos causada pela arquitetura institucional podendo esta estar forjada pelas regras do jogo e arranjos institucionais que dão sustentação a padrões cooperativos de intervenção (NEPP, 1999).

As novas articulações da reforma do Estado ressaltam novas dinâmicas, onde se atenua o papel centralizador do governo em prol de uma governança. Em que pese o fato de que qualquer arranjo governamental requer alguma combinação entre forças centrífugas e centrípetas, descentralizando certas atribuições e recursos e centralizando outros, a relação entre ambos os movimentos é, em geral, posta em uma perspectiva dicotômica do ponto de vista da capacidade de realizar interesses e maximizar o bem-estar dos cidadãos (ARRETCHE, 1999).

²⁰ Diniz (1997) aponta três dimensões em que a *governance* pode ser expressa: *Capacidade de comando e de direção do Estado*: capacidade de definir estratégias gerais de ação e as grandes diretrizes norteadoras das decisões governamentais, definindo e ordenando prioridades, bem como garantindo a sua continuidade ao longo do tempo; *Capacidade de coordenação do Estado*: refere-se à integração entre as diferentes áreas de governo, de forma a garantir a coerência e a consistência das políticas governamentais. Implica ainda, a capacidade de ajustamento e articulação de programas setoriais e focalizados, de um lado, e programas mais abrangentes e de maior alcance, de outro lado. Por fim, a coordenação também significa submeter a lógica dos interesses em jogo a um sistema integrado capaz de compatibilizar as diferentes visões. Trata se, pois, não de eliminar o conflito, mas de administrá-lo de forma eficiente e *Capacidade de implementação*; capacidade de mobilização de recursos técnicos, institucionais, financeiros e políticos, aliados à competência técnica do quadro administrativo, necessários à execução das decisões estatais.

A capacidade governativa não é avaliada apenas pelos resultados das políticas governamentais, mas também pela forma pela qual o governo exerce o seu poder. Segundo Santos (2001), o termo governabilidade refere-se à arquitetura institucional, distinto, portanto de governança, basicamente ligada à performance dos atores e sua capacidade no exercício da autoridade política. A governança envolve as questões político-institucionais de tomada de decisões e o sistema de intermediação de interesses, especialmente no que diz respeito às formas de participação dos grupos organizados da sociedade no processo de definição e implementação de políticas públicas. A governança multinível produz regras de comportamento e conduta, ajudando assim, a resolver os problemas. Nesses complexos processos, o Estado é apenas um ator dentre outros, e não possui uma posição privilegiada com relação aos demais atores (ESCOBAR SOUZA, 2008).

A ideia de governança, aqui apresentada, está atrelada à incapacidade de o governo atender às demandas desses tempos complexos e em rápida transformação. Sistemas burocráticos, que operam com procedimentos de comando e controle, restrições de trabalho rigorosas, bem como cultura e modelos operacionais introvertidos são inadequados para abordar problemas que, muitas vezes, transcendem os limites organizacionais. Assim, a temática da governabilidade ganha importância²¹, na medida em que trata, teórica ou empiricamente, das estratégias de gestão social e as relacionam à qualidade do desempenho da gestão pública.

A nova concepção de governabilidade incorpora, além da capacidade do governo de identificar problemas críticos e formular políticas apropriadas, sua capacidade de mobilizar meios e recursos necessários para a execução das políticas, o que implica tanto na decisão como na capacidade de implementação de políticas pelo Estado (Araujo, 2002). Acrescenta-se a essas dimensões, a capacidade do Estado de resolver progressivamente as principais questões da equidade social e de gerar condições para a obtenção de taxas de crescimento econômico condizentes com a sustentação de avanços seja na área da democracia seja na da equidade social.

²¹Uma vez que se aceita que esse desempenho é dependente de fatores como: a capacidade de identificar problemas e de tomar decisões, de forma a atender às demandas colocadas pelos interesses organizados, ou a efetividade das decisões adotadas, ou ainda, a aceitação social das decisões e a eficácia das decisões em termos da melhoria da qualidade de vida, quer-se fazer referência explícita ao nível de governabilidade existente.

Na realidade, a distinção entre as duas significa apenas um recurso de análise. A governança compreende duas importantes capacidades: a financeira e a administrativa. A primeira refere-se à disponibilidade de recursos para realizar investimentos, assegurar a continuidade das políticas em andamento e introduzir novas políticas públicas. A segunda diz respeito à disponibilidade de quadros executivos, ao estilo de gestão e aos limites impostos à ação administrativa (RUA, 1997: 135).

Esses aspectos remetem à preocupação com os condicionantes institucionais sob os quais se dá a prática da gestão pública, como o nível de participação e a influência dos atores, bem como o grau de adesão e coesão em torno das ações públicas, o que tem sido o foco de alguns estudos como os de Diniz (1997) e Arretche (1999), entre outros. Entre os diversos atores que transitam na esfera pública, dois assumem papéis especialmente relevantes e, de certa maneira, mais visíveis: os políticos e os burocratas²².

Os burocratas se distinguem pela atribuição de executar conscienciosamente as determinações dos políticos, como se resultassem de suas próprias convicções, ainda que lhes pareçam erradas; o compromisso de evitar envolvimento com partidos ou líderes políticos, de modo a constituir-se em instrumentos de qualquer governo legítimo; o dever de atuar como conselheiros desinteressados e imparciais na execução das decisões governamentais. De acordo com Weber, o princípio de responsabilidade que rege a ação do servidor público é exatamente o oposto daquele que caracteriza o político: Os políticos formulam os fins, decidem e ordenam; os burocratas se encarregam da provisão dos meios e executam as decisões de acordo com as ordens recebidas (RUA, 1997:138).

Segundo a autora, estudos recentes têm mostrado que os agentes administrativos não são neutros, mas sim dotados de interesses próprios. Agem como atores políticos, mostrando-se capazes de mobilizar recursos políticos, como informação e apoio de grupos de interesse da sociedade. Além disso, possuem capacidade para desenvolver concepções próprias sobre as políticas governamentais e sobre o seu próprio papel no jogo político, independentemente de considerações de natureza estritamente técnica. Finalmente, são capazes não apenas de competir com os políticos, mas de efetivamente entrar em conflito com eles, visando não somente decisões favoráveis às suas propostas quanto a *policies* específicas, mas até mesmo disputando o controle do processo político (RUA, AGUIAR, 1995).

²² A política como vocação (1979), Max Weber estabelece precisamente a diferença entre políticos e burocratas ao constatar que: “Tomar uma posição, ser apaixonado — *ira et studium* — é o elemento do político e, acima de tudo, o elemento do líder político. Sua conduta está sujeita a um princípio de responsabilidade [...] pessoal exclusiva pelo que ele faz [...] (RUA, 1997:138). Os políticos conquistam seus cargos mediante a competição na arena política, com base na sua competência política, sendo julgados pelos seus pares e pelo eleitorado e os burocratas são selecionados mediante sua competência técnica em arena de competição administrativa, sendo julgados pelos seus pares e pelos seus superiores políticos. Os burocratas não se envolvem em atividades político-partidárias, nem expressam publicamente suas opiniões acerca da atividade política ou governamental.

Nesse sentido, um conceito fundamental retomado por Rua (1997) e frequentemente pouco explicitado é o de autonomia. Ele pode ser entendido como a capacidade de um ator ou agência de formular preferências e executar decisões, sem sofrer constrangimentos decorrentes de relações de subordinação.

O conceito de autonomia da burocracia pública pode ser operacionalizado como a capacidade de ocupar posições centrais no governo; de formular preferências políticas; de ajustar os objetivos aos procedimentos já estabelecidos; a disponibilidade de qualificações para comando ou gerenciamento das atividades; e a capacidade de controlar a implementação das decisões públicas[...] o conceito de autonomia imersa ou inserida tem subjacente o suposto de um conjunto de atores sociais forte e generalizadamente atuantes em busca de resultados da ação pública que satisfaçam seus interesses e demandas. Ou seja, não basta constituir burocracias autônomas: é necessário ter atores sociais envolvidos e mobilizados em torno da consecução de metas públicas (RUA, 1997:140).

Diversos desses aspectos contemplam (ou podem contemplar) a dimensão política da administração pública. Para que exista a interdependência e sejam estabelecidas formas saudáveis de cooperação e competição, espaços de coordenação fazem-se necessários. Abrúcio (2005:45) indica as principais estratégias para alcançar a coordenação:

A coordenação federativa pode realizar-se, em primeiro lugar, por meio de regras legais que obriguem os atores a compartilhar decisões e tarefas – definição de competências no terreno das políticas públicas, por exemplo. Além disso, podem existir fóruns federativos, com a participação dos próprios entes – como os senados em geral- ou que eles possam acionar na defesa de seus direitos – como as cortes constitucionais. A construção de uma cultura política baseada no respeito mútuo e na negociação no plano inter governamental é outro elemento importante.

Para tomar decisões e colocar políticas em prática, os governos precisam lidar com arranjos de diferentes organizações e indivíduos com intenções e motivações estratégicas, claramente divergentes, a fim de alcançar um desenho comum. O gerenciamento das redes institucionais é um exemplo da governança em situações de interdependência entre diferentes atores, tal como relação de governos federal, estadual e municipal, grupos políticos e sociais, grupos de pressão, organizações privadas. No entanto, Escobar Souza (2008) destaca que o estreitamento dos vínculos pode intensificar o processo de institucionalização das relações no espaço interorganizacional em rede, resultando relações de coerção em que os atores com maior domínio de recursos passam a definir os rumos em detrimento dos demais, ameaçando a autonomia dos membros.

Compreendendo-se essa dinamicidade, não há como se pensar numa política onde alguns atores sociais participem da formulação e outros da implementação ao se compreender o processo de construção da política como algo dinâmico, as fases de formulação e

implementação interrelacionam-se de tal forma que sua separação só pode ser aceita para fins didáticos. Na prática, tal dicotomia, bastante freqüente, aponta para uma forma de fazer política fragmentada, centralizada, não democrática e conseqüentemente, pouco eficaz (Sampaio, Araújo JR, 2006: 344). O autores relatam em seu estudo que

as políticas são formuladas por profissionais que têm conhecimentos teóricos e compreendem a problemática em tela, diferentemente dos atores que de fato as implementam. Essa descontinuidade é acarretada por diversos fatores, dentre os quais se pode citar o próprio conceito de construção de políticas. Isso porque ao se compreender o processo de construção da política como algo dinâmico, as fases de formulação e implementação se interrelacionam de tal forma que sua separação só pode ser aceita para fins didáticos. [...] é importante que os implementadores sejam sujeitos ativos no processo, conscientes de suas ações. [...] Em situação diversa, mas bastante freqüente, os gestores se colocam de forma centralizada na formulação da política, compreendendo que basta apenas o repasse de informações para seus subordinados, os profissionais da ponta, os reais implementadores da política. Da mesma forma, estes mesmos profissionais, que não foram ouvidos na formulação, tornam-se os responsáveis pela ineficiência na implementação, servindo de bodes expiatórios, responsabilizados pelo não êxito de uma política que sequer pensaram, compreenderam ou mesmo concordaram.

Assim, de maneira bastante simplificada, podemos considerar que grande parte da atividade política dos governos se destina à tentativa de satisfazer as demandas que lhes são dirigidas pelo atores sociais ou aquelas formuladas pelos próprios agentes do sistema político, ao mesmo tempo em que articulam os apoios necessários. Na realidade, o próprio atendimento das demandas deve ser um fator gerador de apoios - mas isto nem sempre ocorre, ou, mais comumente, ocorre apenas parcialmente. De qualquer forma, é na tentativa de processar as demandas que se desenvolvem aqueles *procedimentos formais e informais de resolução pacífica de conflitos* que caracterizam a política (SOUZA, 2006b).

Uns estudos de conteúdo normativo associam a transferência de responsabilidades diretamente com uma forma mais eficiente e democrática de gestão (devido à proximidade da sociedade civil e da sociedade política), outros, apontam que essa relação entre descentralização, participação democrática, responsabilidade e sensibilidade do governo local e, conseqüentemente, gestão mais eficiente, não é tão simples e direta, com vários fatores interferindo na implementação de uma política pública em geral e em políticas descentralizadas.

Quanto às atribuições que cabem a cada esfera de governo, os programas em direção à descentralização devem conter regras visando à construção desse arranjo cooperativo que supõe a definição clara tanto das responsabilidades exclusivas quanto daquelas compartilhadas pelas três instâncias de governo na decisão, financiamento e implementação das iniciativas governamentais, e implica a transformação de competências concorrentes, quando existentes, em ação concertada (KOSLINSKI, 2000:22).

Diante da complexidade das questões acima descritas, os autores apontam a necessidade de se repensar o momento da formulação das políticas e de se buscar, a partir da colaboração entre os três Poderes e o Ministério Público, a identificação de estratégias para a responsabilização dos governos e dos diferentes atores sociais no cumprimento da agenda política da regionalização e na implementação de políticas incentivadoras de cooperação. Esse caminho poderia promover a interação e a cooperação interinstitucional no ambiente político e provavelmente traria para o cenário setorial alternativas de solução ainda não tentadas e uma maior chance de eficácia social para suas políticas (ARRETCHE, 1999).

4.5 Fatores favorecedores da implementação regionalizada de políticas no Rio Grande do Sul

Dentre os principais obstáculos para a plena implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), está a compreensão das mudanças institucionais e no cotidiano da vida da população, das ações e dos serviços de saúde que devem ser produzidas para implementar e viabilizar o texto constitucional conquistado pela população brasileira. Tendo em vista que as necessidades de saúde e a capacidade de resposta dos sistemas locais de atenção não são homogêneas no país, a estratégia mais marcante que a legislação do SUS demanda dos governos é o fortalecimento das capacidades de dirigir o sistema em cada local, de configurar desenhos próprios e adequados e de incorporar a participação crescente de atores do controle social (FERLA, MARTINS JR, 2001).

No Rio Grande do Sul, a distribuição das causas de adoecimento e morte, bem como dos riscos à saúde e os indicadores socioeconômicos acompanham uma diversidade regional e, mais ainda, interna a cada região. Essa heterogeneidade suscita estratégias diversificadas para propor e ordenar as ações e serviços de saúde, influenciando a forma de gerir o sistema de saúde em cada município e no estado.

É preciso destacar o grande desafio de afirmar um espaço próprio de atuação para a esfera estadual de gestão. A gestão estadual da saúde no Rio Grande do Sul, no período 1999-2002, com base na situação concreta da saúde no Estado, que expressava à época – e ainda expressa – uma grande variação local e regional nos modos de vida saudável, adoecimento e morte, bem como uma cultura forte da população acerca do direito de acesso às ações e serviços resolutivos, fortaleceu a convicção dos gestores estaduais de que a categorização da atenção à saúde, para fins de planejamento do sistema, de acordo com padrões de

complexidade tecnológica, ofereceria pouco auxílio para avanços em direção à integralidade da atenção (FERLA et al., 2002a).

Assim, desde 1999, quando foram revisados os dados epidemiológicos, demográficos, sociais e a capacidade instalada dos serviços, a SES/RS vem construindo parâmetros e conceitos para os territórios regionalizados de gestão do SUS estadual, onde, a partir do município, menor unidade de gestão federativa, os aglomerados geográficos se organizam respectivamente em microrregiões, regiões e macrorregiões. Estratégias de organização da atenção foram associadas às estratégias de organização da gestão e do controle social, conforme determina a legislação.

Os aspectos relativos à distribuição heterogênea desafiam a capacidade de gestão e torna-se mais importante a ação de acompanhamento dos projetos de regionalização desenvolvidos pela Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul - SES/RS. A diretriz da descentralização da gestão implica repensar o papel do Estado e dos Municípios na condução do sistema. Cabe ao gestor municipal, com a cooperação técnica e financeira do Estado e da União, a responsabilidade pela garantia do acesso da população.

A pactuação horizontal entre os gestores, pré-condição para assegurar o acesso aos serviços e aos procedimentos que são oferecidos em outro território, deve estar solidamente constituída com instrumentos de gestão capazes de garantir as condições pactuadas. Inclusive, na manutenção dos sistemas municipais, microregionais e até mesmo regionais, onde se tem como componente mais forte a pactuação direta entre gestores municipais, com o acompanhamento e a participação estadual por meio de suas instâncias regionais.

Entretanto, a pactuação entre gestores sobre o acesso a serviços deve sempre ser compreendida como algo dinâmico, constantemente avaliado e repactuado, ao mesmo tempo em que os instrumentos como a Programação Pactuada Integrada (PPI) não devem servir como mecanismo de desresponsabilização dos gestores, acomodando-se às condições atuais de oferta de serviços e às normas, parâmetros e fluxos definidos centralmente (KOPF et al, 2002).

A diretriz da integralidade da atenção à saúde impõe à gestão a capacidade de planificar o sistema de acordo com a necessidade de cada local (existência e intensidade dos problemas de saúde), e com o desenho de estratégias locais para melhor atender a toda a população. A regionalização da atenção à saúde permite o aperfeiçoamento do desenho local do sistema e seu funcionamento em rede, bem como leva a desenvolver mecanismos de fortalecimento da regulação pública do SUS, inclusive por meio do controle social. Para tanto, a gestão pública estadual, entre 1999-2002 teve como um de seus objetivos a reformulação dos subsistemas de

informação em saúde, buscando integrá-los, rompendo com a histórica segmentação existente, e imbuí-los de uma lógica de suporte à gestão e o controle do sistema estadual de saúde (FERLA et al., 2002b).

O processo de regionalização do SUS no Rio Grande do Sul implicou na transformação das Delegacias Regionais de Saúde em Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) que passaram a ser responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, numa relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviço, com o objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS. Instituiu-se, assim, um conceito de gestão regional, em obediência à diretriz de descentralização da gestão no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) (SES/RS, 2002).

A gestão estadual adotou como princípios orientadores os próprios princípios do SUS e o papel das coordenadorias regionais passou a ser o de cumprir tais princípios em seu âmbito de coordenação. Elegeu para o desenvolvimento do seu trabalho 05 (cinco) eixos estratégicos: descentralização da gestão, regionalização da atenção, integralidade da atenção²³, fortalecimento do controle social e das instâncias de pactuação intergestores²⁴ e a formação para o SUS. A descentralização da gestão diz respeito à descentralização do poder de decisão aos Municípios, com cooperação técnica e financeira do estado e com o fortalecimento das Coordenadorias Regionais de Saúde para acompanhar esse processo e redimensionar a resolutividade do Sistema de Saúde, nos âmbitos microrregional, regional ou macrorregional²⁵ (FERLA et al., 2002b).

A reconfiguração das CRS, responsáveis pela gestão regional do SUS, não bastou para reorganizar a assistência à saúde. As grandes diferenças epidemiológicas, demográficas e de capacidade instalada tornavam infrutíferas as tentativas de estabelecer padrões comuns de resolutividade assistencial nas unidades territoriais (SES/RS, 2002). Foram, então, criadas sete macrorregiões de atenção integral à saúde, visando garantir aos gaúchos usuários do SUS

²³ A integralidade da atenção preconiza a superação do atual modelo médico-centrado e procedimento-centrado, com transição para a noção de atenção integral à saúde, com ações intersetoriais, integração entre as diversas áreas técnicas e proposição de ações que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, à promoção da saúde e ao atendimento às necessidades de saúde das pessoas, buscando a qualidade de vida, reduzindo a morbimortalidade e prolongando a expectativa de vida. É, sem dúvida nenhuma, um dos eixos de maior dificuldade de implementação, pois implica em mudanças culturais e de formação dos trabalhadores de saúde.

²⁴ O fortalecimento das instâncias de controle social e de pactuação intergestores dá conta da implementação de instâncias de deliberação e de pactuação, respeitando as prerrogativas e as especificidades de cada uma, viabilizando a qualificação dos fluxos e estabelecendo o máximo de interfaces.

²⁵ A regionalização da atenção dá conta da organização do fortalecimento das redes local, microrregional, regional, macrorregional e estadual de ações e serviços de saúde. A organização acontece a partir da realidade de cada região, buscando atender suas necessidades e especificidades.

uma nova organização para as ações de promoção e proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. Em cada uma dessas macrorregiões, foram identificados, instituídos, credenciados e/ou planejados serviços de referência macrorregional, capazes de atender aos casos mais complexos e com menor demanda, serviços de referência regional e hospitais de referência microrregional, e construídos fluxos assistenciais entre eles, com a participação dos gestores regionais e municipais. Instituiu-se, assim, um conceito de gestão regional, em obediência à diretriz de descentralização da gestão no âmbito da SES/RS (FERLA, MARTINS JR., 2001).

Desde então, aprofundamentos no processo de descentralização da atenção à saúde em direção a estados e municípios vêm acontecendo, tanto por iniciativa dos diferentes governos gaúchos, no que se refere aos municípios, quanto por parte do governo federal, no que se trata destes e também dos estados. Principalmente, vem ocorrendo estabelecimento de padrões de gestão do sistema e a criação de espaços de diálogo entre os níveis de governo, como Comissões Intergestoras e Colegiados de Gestão Regional. No entanto, os critérios utilizados não têm logrado incrementar a autonomia dos municípios na alocação de recursos, de forma a contemplar a diversidade das realidades sócio-econômicas e sanitárias, nem garantido condições políticas, gerenciais e técnicas que permitam maior inclusão, democratização, qualidade e resolutividade da atenção.

Vieira (2003:142), em seu estudo, relata que ainda se faz necessário um aperfeiçoamento da relação com os municípios, reforçando o apoio técnico e político para que possam assumir com mais efetividade a gestão local. Esse é um dos papéis da gestão regional, que pode ser potencializado através do envolvimento dos diversos atores do nível local e regional, no controle social. Assim, o papel da Coordenadoria, além de técnico é, sobretudo, político. O respeito à autonomia dos municípios não a exime de apontar e disputar modelos tecno-assistenciais que permitam a formação e manutenção de organizações mais coerentes com os propósitos de inclusão social, democratização, exercício da cidadania e qualidade e resolutividade da assistência, propósitos expressos nas diretrizes do SUS e nos eixos norteadores da política de saúde do Estado.

As Coordenadorias Regionais de Saúde não deixam de interferir no processo de construção das políticas de saúde locais, entrando na disputa pela implantação de novos modelos de gestão e de organização de serviços, expondo para a população as contradições, os interesses e as dificuldades enfrentadas para garantir, na prática, a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde. Não pode ser esquecido que as políticas públicas são implementadas pela burocracia do Estado, e que esta pode trabalhá-las ou retardá-las ou, até

mesmo, impedi-las, e sempre há margem de manobra para isso. Ou ainda, de outro modo, a decisão de empreender está na alçada do gestor público, mas a implementação não pode dispensar o servidor público (VIEIRA, 2003:146).

Atualmente existem 19 Coordenadorias Regionais de Saúde no Estado, estando a 13ª RS situada na Macrorregião dos Vales, com sede no município de Santa Cruz do Sul, RS, abrangendo 13 municípios, que abrigam uma população de 890.144 habitantes. A Coordenadoria é uma estrutura complexa: ao mesmo tempo em que guarda importantes características das antigas delegacias, divididas em programas concebidos no nível central e destinados à execução no município, indica a produção de novos sujeitos e de novas referências éticas e políticas. As mudanças na gestão dos processos de trabalho da Coordenadoria são tímidas e caracterizadas pela inclusão de um número maior de trabalhadores na discussão das denominadas políticas de atenção integral, as quais, embora tenham avançado na sua denominação, mantêm o desenho proposto pela concepção de organização das ações ditado pelos defensores da Estratégia de Ações Programáticas.

Vieira (2003:142), ao examinar alguns pontos relacionados à problemática da gestão pública no Rio Grande do Sul, referencia que o exame passa pela compreensão alicerçadora de que o modelo de gestão do tipo departamental está esgotado e superado²⁶. Ou seja...

A forma como os diversos órgãos estão estruturados, ou, em uma expressão simplificada, de ordenamento das caixinhas, tem como resultado final um cenário do tipo federação de ilhas, com baixa interação operacional, com estruturas pesadas/dispêndiosas e com demora no fluxo das respostas de trabalho. Esse esgotamento do modelo departamental reverbera, fortemente, também na composição das carreiras dos servidores, a partir da presença de inúmeros quadros diferenciados entre si, tendo em vista a definição de que a cada órgão corresponde uma burocracia específica. A grande consequência do modo de agir departamental, mas não única, é potencializar a fragmentação da ação de governo, dificultar o gerenciamento e a avaliação dos resultados (VIEIRA, 2003:142).

Tais características, hoje vigentes, podem ter sua origem parcialmente explicada na constituição histórica das antigas Delegacias Regionais de Saúde que surgiram no ano de 1968, através do Decreto nº 19.178, no período de plena vigência do regime militar. A criação das Delegacias Regionais teve como objetivo orientar, controlar e fiscalizar as unidades sanitárias existentes na região, obedecendo às normas técnicas e orientações da administração central. A desconcentração das ações correspondente a essa concepção não significa descentralização do poder nem maior autonomia das instâncias locais e de participação

²⁶ O trâmite burocrático interdepartamental dificulta ou ofusca, senão elimina, os processos de responsabilização. O envolvimento de mais de uma unidade burocrática na formulação ou na resolução de problemas enfraquece esse componente básico dos movimentos da ação estatal.

popular; pelo contrário, a lógica implantada era de verticalização e de fortalecimento do comando central.

Vieira (2003:143) alerta que *é um forte equívoco buscar soluções da racionalidade departamental, na medida em que os resultados são parciais e fragmentados*. Em relação à regionalização do Governo, o autor observa que essa fragmentação administrativa se liga às coordenadorias no interior do estado, sendo que

inúmeros órgãos possuem, em seus organogramas, unidades regionalizadas na perspectiva de potencializar um intercâmbio de informações da região com a unidade central, identificando problemas específicos e acompanhando e gerenciando as ações. O baixo grau de articulação das unidades centrais também é reproduzido, obviamente, no nível das coordenadorias regionais, com o agravante de que diversas dessas delegações estão localizadas em cidades diferentes. Isto é, a coordenadoria da unidade **A** está em uma cidade, e a da unidade **B**, em outra. O distanciamento burocrático e físico dificulta a articulação das diversas políticas de governo (VIEIRA, 2003:146).

No entanto, ainda em diversos momentos, elas permanecem como instituições intermediárias entre os municípios e os órgãos de saúde do Estado que se localizam na capital gaúcha, denominados informalmente de “nível central”, sem possuir a autonomia necessária para interferir nas políticas de saúde das regiões. As relações entre as coordenadorias e o Ministério da Saúde, em sua grande maioria passam pelo “nível central” do Estado. Nas duas situações citadas, são mínimos os dispositivos de retorno/realimentação das CRS ao “nível central”.

A mudança de denominação (de Delegacia para Coordenadoria), o investimento na formação dos trabalhadores promovido, especialmente, pela Escola de Saúde Pública – ESP – RS, assim como o incentivo a uma intensa articulação interinstitucional, constituíram-se em marcas do governo da Frente Popular no Estado do Rio Grande do Sul, gestão 1999 - 2002, e pode ser apontado como o momento inicial de ressignificação da instância de gestão regional. Com o passar do tempo, as coordenadorias vêm sendo vistas pelo seu novo papel de articulação das políticas de saúde na região.

Uma visão complexa e, portanto, modernizante da ação estatal pode formular soluções integradas, suplantando a proposta departamental, superando os diversos governos do passado que têm procurado implementar políticas pontuais, dada a inviabilidade dos movimentos gerais, ou têm sucumbido à pressão dos grupos politicamente melhor articulados.

Ao mesmo tempo, a implantação da democracia e do Sistema Único de Saúde no País trouxe movimentos importantes, provocando transformações nos modos de ação do Estado. O que pode se esperar de um Estado articulador é que, em seus diversos níveis, discuta e dispute a produção das políticas, das novas formas de gestão, dos processos decisórios e das diversas

alternativas tecnológicas para a provisão de serviços de saúde. Essa não é tarefa fácil, porque pressupõe o enfrentamento da lógica vigente, que centraliza os recursos na esfera federal e descentraliza responsabilidades, revertendo em ‘incentivos’ parte dos recursos que concentra para garantir dada forma de provisão de serviços.

Assim, o movimento de valorização de espaços loco-regionais e locais no processo de gestão desafia permanentemente o fortalecimento da constituição de uma rede que tende às características de uma rede orgânica, onde os entes preservam, em grande parte sua autonomia, e que supera a formação de redes com características de subordinação, resultado de gestões de caráter mais tradicional.

Entende-se, nesta tese, que o exame dos fatores que afetam o grau de implementação de uma política não pode deixar de levar em conta que a implementação é, muitas vezes, um problema de cooperação daqueles encarregados pelo processo de execução ou a necessidade de ampliação do grau de interlocução horizontal e não apenas vertical. Deve-se, portanto, investigar quais são os incentivos que fazem com que os indivíduos – intra ou interorganizacionalmente – trabalhem juntos para o alcance dos resultados de uma política.

Com atenção ao foco questionado, seguindo a divisão proposta da tese para o desmembramento e entendimento do tema, a próxima etapa - Parte II História e análise da implementação de uma política nacional e seus desdobramentos no RS - problematizará os nós críticos da implementação da política de Vigilância Alimentar e Nutricional na Macrorregião de Saúde dos Vales, esses avaliados a partir da equivalência entre o preconizado e o instituído na arena decisória local/territorial.

PARTE II HISTÓRIA E ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA POLÍTICA NACIONAL E SEUS DESDOBRAMENTOS NO RIO GRANDE DO SUL

Nessa etapa apresentaremos dois capítulos, 5 e 6, que tem como finalidade expor e discutir, à luz da hipótese²⁷ e dos objetivos, e com base no material coletado (pesquisa bibliográfica, investigação documental e pesquisa de campo), os resultados da pesquisa. Para tanto, uma abordagem ampliada para a vigilância nutricional necessitou ser arquitetada com a intenção de entender os processos institucionais no momento da implementação da política de VAN, avaliando as decisões acerca de projetos e programas de nutrição nos diferentes níveis de atuação. O referencial utilizado para subsidiar a análise é tributário das diferentes abordagens apresentadas anteriormente, visando a resgatar em cada um deles elementos que aproximassem a análise no processo de implementação das políticas públicas que são objeto deste estudo.

Diante da diversidade, amplitude e complexidade dos cenários que compõem a historiografia da vigilância alimentar e nutricional em nosso País, focalizamos, nesta seção, os marcos mais expressivos que, a nosso ver, influenciaram e balizaram a concepção e a implementação de algumas propostas inovadoras, a partir da década de 70, mais precisamente da I Conferência Mundial de Alimentos em 1974. A garantia do DHAA é condição primeira para o exercício pleno da vida e da cidadania. Compreender a dimensão dessa afirmativa nos remete a identificar a importância da alimentação e nutrição em todas as áreas de ação governamental.

O Projeto de Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) que institui o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) tem o objetivo de assegurar de forma sustentável o direito humano à alimentação adequada para toda população brasileira. Trata-se de um sistema público, de gestão intersetorial e participativa, que possibilita a articulação entre os três níveis de governo para a implementação das políticas de segurança alimentar e nutricional.

Um desafio posto ao País nesse campo é a efetiva implantação do monitoramento integrado da situação de SAN da população, entendida como a realização do direito humano *a uma alimentação saudável, acessível, de qualidade, em quantidade suficiente e de modo*

²⁷A hipótese do estudo pressupõe que as indefinições e paralisias são decorrentes de uma institucionalidade frágil, ou seja, cujas estruturas e regras de funcionamento apresentam respostas insuficientes para coordenar e atuar como poder mediador diante das múltiplas posições, demandas e interesses dos atores envolvidos, durante o processo da implementação da VAN espaço regional.

permanente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, respeitando as diversidades culturais e sendo sustentável do ponto de vista socioeconômico e agroecológico (Consea, 2004:1). Uma vez que a Vigilância Nutricional²⁸ implementada em toda a sua abrangência de indicadores, ela pode potencializar a articulação entre os setores de governo, fortalecer concepção ampliada da questão alimentar, nutricional e da saúde e contribuir para destinar os programas sociais para os grupos mais vulneráveis.

Alguns fatores que explicam seus avanços e limites só podem ser entendidos a partir do contexto mais amplo desta política. O Capítulo 5 - *Desafios da Vigilância Alimentar, a Agenda Nacional e sua Implementação de Forma Descentralizada no RS – e o Capítulo 6 - Vigilância Alimentar e Nutricional: Dilemas de Implementação no RS e na Macrorregião dos Vales* - objetos de discussão nessa seção, traz um resgate da história de uma política nacional do Rio Grande do Sul e os marcos mais expressivos que, a nosso ver, influenciaram e balizaram a concepção e a sua implementação, considerando as influências e interferências da vontade política no nível nacional e estadual.

²⁸ As informações disponibilizadas por sistema de vigilância são fundamentais para a formulação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CNSANS), que dispõe de câmara temática sobre Saúde e Nutrição, vem promovendo o diálogo intersetorial necessário e consolidando propostas concretas a serem apresentadas ao Governo Federal.

5 OS DESAFIOS DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR, A AGENDA NACIONAL E SUA IMPLEMENTAÇÃO DE FORMA DESCENTRALIZADA

A implementação, enquanto uma etapa do *policy-making*, alude à efetivação de uma política amparada por uma legislação de caráter geral e regulamentada por normas específicas. No caso do SISVAN, o amparo legal encontra-se na Constituição Federal (1988) e sua regulamentação na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) e, por meio da publicação da PNAN, em 1999, sendo reeditado pela Portaria Nº 2.246, de 18/10/2004, DOU nº 202. Esta legislação contém os postulados que compõem a política de VAN, que prescrevem suas competências no Inciso I do Art. 16 - *formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição*, e no Inciso II do Art. 35 - *definir o perfil epidemiológico da população a ser coberta*, para o estabelecimento dos valores a serem transferidos pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios.

Trata-se de uma legislação ampla, cuja efetivação envolve um grande número de modificações em um espaço de tempo não delimitado e em um cenário em constante transformação, tanto de ordem política quanto social e econômica (Carvalho et al., 2006). Tal como aponta a teoria, os imprevistos da implementação contribuem, inclusive, para o surgimento de políticas complementares, de caráter mais específico (Souza, 2006b). Nesse aspecto, não parece redundante frisar que o presente estudo atém-se, em termos de análise, à implementação do SISVAN, embora em alguns momentos seja necessário reportar-se ao *policy-making* da saúde de forma mais ampla. O enfoque diz respeito à gestão do sistema e não aos aspectos assistenciais da política, podendo compreender melhor...

a complexidade de se alcançar os objetivos almejados pela política pública; as possibilidades de fracasso da política originalmente desenhada; a natureza dinâmica da transformação da política em ação; o papel e a importância dos detalhes técnicos e da base de informações; o papel dos servidores de linha e sua potencialidade para mudar os rumos da política; a identificação de ambigüidades ou contradições no desenho original da política e as questões práticas do dia-a-dia que influenciam o resultado das políticas e como esses resultados são influenciados pelo trabalho cotidiano da burocracia que a implementa (SOUZA, 2006b: 21).

Com relação à elaboração da legislação que ampara o SISVAN no Brasil (Brasil, 2004c), dada abrangência do tema saúde e a complexidade das questões envolvidas, para os

legisladores, torna-se difícil contemplar todas as contingências²⁹. Por mais que o processo seja participativo, não há como abranger todas as diferenças regionais, a realidade de cada município e as contingências de ordem política (eleições periódicas, interesses partidários). A construção de uma consciência política constitui o pré-requisito para um tratamento adequado ao problema, entretanto, não basta a decisão política, pois essa vontade arrefecerá, a menos que seja seguida por ações de impacto, que têm como pré-condições a adequação das estruturas existentes, a concessão oportuna de recursos financeiros, o planejamento e execução harmônica dos programas, e o monitoramento, avaliação e divulgação dos resultados.

O SISVAN, em sua trajetória até a sua recomendação em 1974, vem acompanhado por uma série de eventos no campo da SAN³⁰. Esse cenário acompanhou a forte crise da oferta de alimentos do início da década de 1970, com sucessivas quebras de safras devido a problemas climáticos, particularmente na África, fez disparar novamente o sinal de alerta e motivou a realização da I Conferência Mundial de Alimentação³¹, promovida pela FAO, em 1974 (CAVALERIE, 2006).

Todos os países que participaram da I Conferência Mundial de Alimentos - inclusive o Brasil, através do INAN³² - se comprometeram a uma nova ordem sobre as Políticas de Alimentação e Nutrição na tentativa de transpor do conceito de vigilância de enfermidades, largamente aceito na época: a da multisetorialidade na intervenção nutricional e a

²⁹ Avanços importantes foram identificados no que se refere à formulação da política (ações previstas nos programas). Os principais desafios dizem respeito às desigualdades persistentes, que se expressam nas dificuldades e os programas alcançarem os segmentos mais vulneráveis da população e contemplarem suas diversidades. Além disso, destacam-se: conflitos entre interesses econômicos e direitos sociais no processo de implementação das ações e alocação mais ampla dos recursos governamentais; fragilidade dos mecanismos de monitoramento local e de controle da utilização dos recursos públicos (BRASIL, 2005c).

³⁰ A expressão “segurança alimentar” ganhou destaque no Pós-Segunda Guerra, particularmente na Europa, traduzindo à idéia de que, para fazer frente à fome, era preciso aumentar a oferta de alimentos de maneira auto-suficiente. Portanto, além de atender às necessidades de sua população, assegurar a segurança alimentar demandava ações que tivessem em conta a balança comercial dos países. Este foco na oferta deveu-se aos efeitos deletérios de duas grandes guerras sobre a base produtiva das principais agriculturas européias. Difundiu-se, assim, a chamada Revolução Verde, criando-se um forte aparato de apoio aos agricultores (crédito e assistência técnica) para elevação da produção e da produtividade (CAVALERIE, 2006:2).

³¹ Como resultado dos debates e acordos, o objetivo estabelecido era de que: ... ao término de uma década, não haja nenhuma criança que tenha que se conformar sem ter satisfeito sua fome, nenhuma família que tema pelo pão do dia seguinte, e que nem o futuro nem a capacidade de nenhum ser humano sejam prejudicados pela má nutrição. Os compromissos e as resoluções acordados na Conferência, proclamados na Declaração Universal sobre a Erradicação da Fome e Má Nutrição voltam-se basicamente para o aumento da oferta alimentar e para as atividades de socorro alimentar (CAVALERIE, 2006:2).

³² No Brasil, a preocupação do Estado com a questão Alimentar - Nutricional da população começa no governo Vargas quando tem início experiências isoladas e descontínuas dirigidas ao problema. Entretanto, é somente na década de 70, mais precisamente, em 1972, que as distintas "linhas de ação" até então implementadas são sintetizadas em planos e programas de Alimentação e Nutrição institucionalizados e centralizados no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição- INAN - autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, para controlar os programas nacionais de alimentação e nutrição (CASTRO, 1995).

implementação de um sistema de vigilância alimentar e nutricional para orientar as políticas setoriais. A ideia era de que o sistema de vigilância seria um mecanismo regular, sistematizado e de alarme precoce, às crises de abastecimento alimentar e ao recrudescimento da situação nutricional de cada país. Nasceria aí, portanto o fundamento da segurança alimentar dos povos (VASCONCELOS, 2005; ARRUDA, ARRUDA, 2007).

O Sistema de Vigilância Alimentar preconizado utilizaria informações de diferentes setores que estivessem ligados à produção e comercialização de alimentos nas áreas de importação e exportação, abastecimento, disponibilidade, consumo e também ligadas à área da saúde através dos dados bioquímicos e antropométricos, para que, baseadas nessas informações, fossem identificados os fatores de risco. Essa informação irá fornecer uma base *para as decisões a serem tomadas pelos responsáveis pelas políticas, planejamento, gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional* (FAO/OMS, 1974).

Castro (1995) explica que foi nesse período que a proposta do SISVAN ampliou a ideia do “socorro em caso de seca” baseada na experiência iniciada pelos Estados Unidos, ficando definido o estabelecimento de sua operacionalização pelo Comitê Misto de Especialistas da FAO, OMS e UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) em 1975. Cerca de 20 países iniciaram a implantação do SISVAN assumindo como tema central a vigilância dos agravos nutricionais nas regiões onde a desnutrição podia ser endêmica e alcançar proporções epidêmicas. Em sua evolução³³, o sistema teve sua implantação na maioria dos países da América Latina e inclusive no Brasil, restrita ao setor saúde e baseada nos dados gerados pelas atividades de assistência materno-infantil.

No Brasil a VAN foi preconizada inicialmente em 1968, durante a 21ª Assembléia Mundial de Saúde, atendendo às propostas da Organização Mundial de Saúde – OMS, Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS e da Organização das Nações Unidas para a agricultura e a Alimentação – FAO. Foi sugerido que as ações de Vigilância Epidemiológica não deveriam ser restritas às doenças transmissíveis, mas deveriam ser também aplicáveis a outros problemas de saúde públicas, incluindo aqueles relacionados á alimentação e à nutrição (BRASIL, 2006f:2).

³³ Desde o final da década de 70 e durante a década de 80, têm-se registrado em vários documentos as experiências e participações dos países da América Latina e Caribe na implantação da VAN em sistemas avançados e eficientes, podendo-se citar os exemplos de países como Chile, Cuba, Equador, Guatemala, Honduras, México, Uruguai, Argentina, dentre outros. Esses registros foram sendo divulgados através de congressos internacionais, com a apresentação dos projetos de implantação e das avaliações dos mesmos conforme suas aplicações. À medida que os países iam aderindo ao sistema de vigilância, as experiências iam servindo de modelo para os demais que ainda não o tinham implantado. Pelos resultados favoráveis a nível de cobertura da população pelo pouco tempo de implantação e através de um rico e eficaz sistema de informação sobre os aspectos específicos dos problemas alimentares e nutricionais, tornaram-se essas experiências referência para o mundo. Ao implantar o SISVAN no final dos anos 80, o Brasil já estava atrasado em relação aos outros países da América Latina (CASTRO, 1995).

A primeira pesquisa domiciliar brasileira de abrangência nacional que objetivou mensurar as condições nutricionais da população foi o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF)³⁴, realizado na década de 70 pelo IBGE, contando com o apoio da FAO (Arruda, Arruda, 2007). Com base nesse inquérito, foi identificada uma crítica situação nutricional nos bolsões de pobreza do país. A partir do diagnóstico em 1976, ocorreram as primeiras tentativas do INAN de viabilizar a proposta do SISVAN no Brasil, porém, sem sucesso, pois era um sistema direcionado principalmente para o diagnóstico e o tratamento da desnutrição infantil. A proposta não foi concretizada em nível nacional, restringindo-se apenas ao desenvolvimento de algumas experiências locais. Destaca-se que no referido período, o Brasil apresentava um contexto político adverso (ditadura) que contribuiu com uma série de dificuldades organizacionais do sistema nacional de saúde (VASCONCELOS, 2005; ARRUDA, ARRUDA, 2007).

Desde 1977, a proposta de implantação do SISVAN é acompanhada pela ideia de construção de um sistema de informações para vigilância do estado nutricional e da situação alimentar de uma determinada população, marcada pela superação do paradigma de valorização da informação para elaboração, monitoramento e avaliação de programas e políticas públicas de alimentação e nutrição.

No Brasil, apesar do compromisso assumido em 74, até 89³⁵ não existira formal e oficialmente um sistema de vigilância alimentar e nutricional de abrangência estadual, regional e nacional. Na década de 80, o INAN realizou duas importantes iniciativas: em 1986 promoveu a 1ª Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, produto da 8ª Conferência Nacional de Saúde. A conferência reuniu mais de 200 técnicos de governo e representantes de movimentos sociais atuantes na área, representando uma conquista histórica à medida que a

³⁴ O ENDEF foi uma pesquisa de consumo alimentar e orçamentos familiares que coletou informações de cerca de 55.000 domicílios, entre agosto de 1974 e agosto de 1975, e que foi concebida com objetivos múltiplos, dentre os quais se destaca a análise da situação nutricional, tendo por base um quadro de orçamentos familiares, e que teve como principal estimador do estado nutricional das famílias a taxa de adequação, ou seja, a razão entre a ingestão familiar e os requerimentos nutricionais.

³⁵ As experiências de implantação do SISVAN/Brasil em 1987 a 1989 nos Estados de Pernambuco, São Paulo, Ceará e Rio de Janeiro, não apresentaram bom desenvolvimento a nível nacional. De acordo com documento preparado pelo INAN (1997) sobre as Diretrizes Gerais do SISVAN, o processo de desenvolvimento do Sistema no Brasil foi influenciado por diversos fatores que resumidamente destacamos: Criação, em 1972, do INAN, cuja estrutura estava vinculada ao Ministério da Saúde.; Em 1973, instituição do I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN); O II PRONAN é aprovado em 1976, com o decreto 77.116. O Programa é concebido com proposta ampla, de natureza intersetorial e interinstitucional, não só de suplementação alimentar, como parte das ações do Programa de Nutrição em Saúde (PNS) e combate a carências específicas como também de abrangência aos pequenos produtores de áreas definidas, propondo gerar demanda garantida pelos alimentos básicos por eles produzidos; Divulgação dos resultados do perfil alimentar e nutricional da sociedade brasileira pelo ENDEF em 1975; A Conferência de Alma Ata em 1977, com incentivo a vigilância do crescimento e desenvolvimento; Implantação das ações Básicas de Saúde em 1984; A Lei Orgânica do SUS em 1990; O Programa Leite é Saúde em 1993 (CASTRO, 1995).

alimentação deixou de ser encarada como benefício para ser assumida como um direito. Foi proposta a criação de um Sistema Nacional de Segurança Alimentar e retomada a proposta do Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (VASCONCELOS, 2005).

Foi no início dos anos 90, que a promulgação da Lei 8.080 de 1990 gerou a necessidade de reorganização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) para adequá-lo aos princípios e diretrizes do novo sistema de saúde. Segundo o Capítulo I, artigo 6, inciso IV dessa Lei, é recomendada a adoção do SISVAN no âmbito do SUS (SANTANA, SANTOS, 2004).

Mediante a Portaria 1.156, publicada no Diário Oficial da União de 31 de agosto de 1990 pelo INAN, foi criado o SISVAN, tendo o objetivo *de estruturar e operacionalizar um sistema contínuo de coleta, fluxo, processamento e análise dos dados sobre a situação alimentar e nutricional do País* (Brasil, 1990:1). No mesmo ano, as portarias 79 e 80, publicadas pelo INAN, estabeleceram respectivamente um Comitê Assessor para prestar apoio técnico-operacional à sua implementação e um Grupo Técnico de Coordenação dessa implementação. Este processo marca a institucionalização do SISVAN na década de 90, como responsabilidade formal do Ministério da Saúde³⁶.

O comprometimento do Brasil ocorreu num período em que estavam sendo divulgados os primeiros resultados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), em 1989, apontando desvios de recursos dos programas de suplementação alimentar. Nesse período havia manipulação político-eleitoreira, clientelismo e super valorização de operações burocráticas, o que propiciou desvio e corrupção na compra do produto, não exercendo, portanto, mudança da situação nutricional e alimentar. As recomendações apontavam para descentralização das atividades e para melhor alocação dos recursos, para garantir melhor efetividade de recursos públicos (CASTRO, 1995).

Ao analisar o período março de 1990 a setembro de 1992 no governo Collor, percebe-se que o tema da Segurança Alimentar sofreu um retrocesso quanto à atuação governamental federal e que houve um violento abatimento dos recursos financeiros, esvaziamento e/ou

³⁶ Em seu discurso oficial o INAN reconhecia que as ações de vigilância nutricional eram poucas ou sequer executadas nos municípios. Diante desta constatação, planejou-se a integração da VN ao Programa do “Leite é Saúde”, crendo-se que este programa funcionaria como catalisador daquela atividade. O Programa “Leite é Saúde” teve início em 1993, no governo do presidente Itamar Franco, que em seu discurso de posse atribuiu prioridade ao combate à fome. A existência de uma proposta do Partido dos Trabalhadores (PT) para adoção de uma política de Segurança Alimentar, criou um ambiente propício à instauração de uma nova experiência de participação (SANTANA, SANTOS, 2004:285).

extinção dos programas de alimentação e nutrição,³⁷ incluindo os programas de suplementação alimentar dirigidos a crianças menores de sete anos, o aleitamento materno e o combate às carências específicas. O INAN foi totalmente esvaziado em termos técnicos, políticos e financeiros (VASCONCELOS, 2005).

No debate da fome e da miséria, em 92, o SISVAN ganhou maior respaldo junto aos órgãos governamentais, porém ficou restrito às políticas sociais e ao Ministério da Saúde, como instrumento de triagem dos beneficiários dos programas de suplementação. Em 1992, o *impeachment* do Presidente Collor levou Itamar Franco (1993-1994) à Presidência da República e ele assumiu o compromisso de combate à fome (Vasconcelos, 2005). No âmbito da sociedade política, em 1993, o presidente Itamar Franco lançou o Plano de Combate à Fome e à Miséria e a proposta de constituição do CONSEA³⁸. Essa foi impulsionada pela Campanha da Ação da Cidadania contra a Fome e a Miséria e pela Vida, liderada por Herbert de Souza, o Betinho, desencadeada pelo Movimento pela Ética na Política³⁹. Nesse período, o governo federal utiliza o SISVAN para a formulação de políticas sociais nas mesmas bases da proposta Internacional para formulação de políticas sociais, entretanto, não atinge a dimensão intersectorial como é previsto originalmente na proposta, ficando restrito a instrumento de

³⁷No Governo Collor dos 12 programas de alimentação e nutrição, existentes em 1989, somente cinco foram mantidos, porém desarticulados, tendo suas atividades praticamente paralisadas, são eles: o Programa de Carências Específicas, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), Programa Nacional de Alimentação do Escolar (PNAE) e o PAT, apenas o programa de Combate ao Bócio Endêmico foi mantido, mas com atividades reduzidas, sendo que os outros seis foram progressivamente extintos: PROAB, PROCAB, Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes (PNLCC), Programa de Suplementação Alimentar (PSA), PCA/PAN E PAIE, cogitando-se inclusive a extinção do próprio INAN. Neste governo, se verificaram várias irregularidades e na área de alimentação, várias denúncias de corrupção na operacionalização dos programas, principalmente, pela formação de cartel no mercado de alimentos formulados, provocando a CPI da Fome em 91 (VASCONCELOS, 2005).

³⁸Pressionado pela sociedade civil organizada e reconhecendo o círculo vicioso formado pela fome, a miséria, a violência e a falta de cidadania, o governo federal, em parceria com a Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida, elaborou dois instrumentos para auxiliar na construção de uma Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: - Conjunto articulado de compromissos de ação governamental baseado nos princípios de parceria, solidariedade e descentralização, intitulado “Plano de Combate à Fome e à Miséria”(publicado em abril de 1993); - Criação do CONSEA em abril de 1993, como órgão de aconselhamento da Presidência da República, composto por oito Ministros de Estado e 21 representantes da sociedade civil, dos quais 19 indicados pelo Movimento Ética na Política. O CONSEA impulsionou ações expressivas como a descentralização da merenda escolar; ampliação e divulgação do PAT; implementação de um programa de combate à desnutrição infantil; distribuição de estoques públicos de alimentos à população carente; apoio ao programa de assentamentos de trabalhadores rurais; apoio à geração de emprego e renda; mobilização de ações em prol da criança e do adolescente (VASCONCELOS, 2005).

³⁹A campanha deu visibilidade ao quadro dramático da existência de milhões de miseráveis nos campos e nas cidades. “A fome não pode esperar” foi a bandeira que mobilizou brasileiros, através de cinco mil comitês operando em todo o Brasil. Neste mesmo ano o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) divulgou os Mapas da Fome I, II e III, demonstrando a existência de 32 milhões de brasileiros vivendo em condições de indigência (VASCONCELOS, 2005).

triagem do Programa Leite é Saúde – PLS, criado pelo INAN e implantado em 1993 pelo Ministério da Saúde (ARRUDA, ARRUDA, 2007).

O Programa “Leite é Saúde” integra o Plano de Combate à Fome e à Miséria do governo e ocorre devido a parcerias entre o INAN e municípios que têm como objetivo “promover a recuperação nutricional de crianças desnutridas e de gestantes com risco nutricional, por meio da distribuição de leite e óleo de soja. O Ministério da Saúde repassava recursos para que os municípios comprassem esses itens e os distribuíssem por intermédio da rede do SUS. Para a seleção da clientela, foi prevista pela Norma Operacional do Programa a utilização da VAN, sendo pré-requisito para a habilitação do município no programa a implantação da VAN (ARRUDA, ARRUDA, 2007).

O SISVAN se restringe a um instrumento de triagem do Programa que cumpre um critério biológico para atender aos segmentos mais vulneráveis (Burlandy, 2007), comprometendo a proposta inicial de desempenhar seu papel elementar de auxiliar na definição, no planejamento e na avaliação de políticas públicas de alimentação e nutrição (Guedes, 2001; Santana, Santos, 2004). Embora a operacionalização do SISVAN possa ser considerada avanço como um todo e a perspectiva otimista gerada pela exigência de ser pré-requisito para habilitação ao Programa de Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional - Leite é Saúde, os municípios não produziam informações sistemáticas, a informação não era padronizada, a cobertura era baixa e havia descompasso entre o nível municipal e o estadual (ENGSTROM, 2002; SILVA, ENGSTROM, ZABOROWSKI, 2002).

A experiência do CONSEA durou 2 anos (1993 – 1994), e foi substituída pelo Projeto Comunidade Solidária, criada no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso⁴⁰. Apesar da curta duração (1993-1994), o CONSEA⁴¹ contribuiu significativamente na construção de uma política pública de Segurança Alimentar e Nutricional, introduzindo a

⁴⁰O primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso (até 1998) foi marcado pelo desmonte e desestruturação de áreas e programas referentes a Segurança Alimentar. Entre 1995 e 1999 houve uma redução de 20% no orçamento dos programas do Ministério da Agricultura que faziam interface com o tema da Segurança Alimentar; a Companhia Nacional de Abastecimento – CONAB teve suas ações desarticuladas e o INAN foi extinto em 1997, fragilizando os programas de suplementação alimentar (VALENTE, 2005).

⁴¹Em junho de 1994, com uma ampla mobilização e participação da sociedade civil, o CONSEA realizou a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, reunindo dois mil delegados escolhidos em conferências municipais e estaduais. Como produto do encontro, elaborou-se pela primeira vez no país um documento contendo as diretrizes para a construção de uma política nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: (i) Ampliar as condições de acesso à alimentação e reduzir seu peso no orçamento familiar; (ii) Assegurar saúde, nutrição e alimentação a grupos populacionais determinados; (iii) Assegurar a qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos e seu aproveitamento, estimulando práticas alimentares e estilo de vida saudáveis. Esta conferência significou um marco na ampliação do conceito de SAN (VALENTE, 2005; VASCONCELOS, 2005).

questão da fome na agenda política nacional, mobilizando a sociedade civil em torno do tema e ampliando espaços de participação cidadã na formulação e no controle das políticas públicas. Dentro das fragilidades institucionais para a implementação do SISVAN Nacional, na década de 90, a Coordenação Nacional do SISVAN salienta a ausência de um quadro técnico para atender às dimensões e peculiaridades do SISVAN bem como uma insuficiência e demora na liberação de recursos (ARRUDA, 2006).

No Governo do Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), o tema da SAN deixa de ser visto como objetivo estratégico de desenvolvimento social para o país. Com a criação do Programa “Comunidade Solidária” - presidida pela primeira dama Dr^a Ruth Cardoso - e a extinção do CONSEA, o combate à fome e à pobreza adquire uma nova institucionalidade. Criado por decreto presidencial, o Programa Comunidade Solidária deveria promover a integração de ações exercidas pelos diversos níveis públicos (federais, estaduais e municipais), dentro de um plano nacional de estabilização econômica, caberia ao Estado o desenvolvimento de ações compensatórias e localizadas dentro da lógica de uma rede de proteção social, conforme proposto pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional - FMI” (VALENTE, 2002; VASCONCELOS, 2005:448).

O programa do novo governo, apesar de parecer ser um movimento lógico em direção a um programa social abrangente, apresenta um risco de concepção e de possível retrocesso no trato da questão alimentar. Isso ocorre porque, ao reduzir a segurança alimentar a um dos itens da ação social, pode ser reforçado o viés dominante de restringir sua dimensão assistencial, em um quadro de miséria e empobrecimento generalizado no país. *Por outro lado, a expectativa cresceu com a criação do Conselho da Comunidade Solidária, cabendo ao Ministério da Saúde o compromisso de expansão do SISVAN⁴², no país* (ARRUDA, 2006:2).

Dentro de um plano nacional de estabilização econômica, o governo federal de Fernando Henrique prioriza programas voltados ao combate à pobreza em municípios considerados prioritários e extingue o INAN, órgão coordenador das Políticas de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. Nesse momento, o SISVAN é vinculado ao Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (CENEPI/FNS), restrito apenas à dimensão de sistema de informações pela Comunidade Solidária (ENGSTROM, 2002; OPAS, 1999).

⁴² Na 3ª Rodada de Interlocação Política da Comunidade Solidária referente ao tema Segurança Alimentar entre os encaminhamentos para o ano de 1997 constou “potencializar o SISVAN como instrumento de planejamento, acompanhamento e avaliação de programas de alimentação e nutrição”, devendo o INAN apresentar, periodicamente, ao Comitê Técnico de SAN daquele Conselho, informações sobre o andamento do SISVAN (VASCONCELOS, 2005).

Para preencher a lacuna deixada pelo INAN, em 1998, o MS criou a Área Técnica de Alimentação e Nutrição - ATAN, subordinada à Secretaria de Políticas de Saúde, tendo como missão implantar medidas de melhoria nutricional e verificar quais os resultados que as atividades de melhoria das condições nutricionais da população brasileira alcançavam (Valente, 2002). Na busca de estratégias para consolidar o SISVAN, a Secretaria de Políticas de Saúde/MS, por meio da ATAN, constitui em 1998 um Comitê Temático Interdisciplinar do SISVAN e elabora propostas para impulsioná-lo como sistema de resposta às principais questões da área de nutrição associando aos dados da clientela da rede de saúde àqueles oriundos de pesquisa e de outros sistemas de informação: um sistema abrangente, dinâmico e estratégico para o planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas (ENGSTROM, 2002; OPAS, 1999).

Em janeiro de 1999, o governo federal reorganizou a sua estratégia de atendimento a grupos socialmente vulneráveis, com a extinção da Comunidade Solidária e a redistribuição de suas competências entre dois grandes eixos, com a constituição do Projeto Alvorada, voltado para o combate à pobreza, e da Comunidade Ativa, focada na indução do desenvolvimento local integrado e sustentável. Nessa reorganização da atenção aos grupos mais vulneráveis o MS, a partir da publicação de um documento normativo que institui o PAB – Piso de Atenção Básica (Brasil, 1999b), os municípios passam a receber um montante financeiro destinado ao custeio de ações neste nível que, no caso de “programa leite”, passa a denominar-se de “Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais” – ICCN⁴³ (PORTARIA GABINETE DO MINISTÉRIO/MS Nº 2.409/98 E 709/99) (BRASIL, 1998; BRASIL, 1999a).

Através de um mecanismo de financiamento, o MS indica um esforço de mudança no modelo assistencial, em direção à atenção básica. Para a celebração de convênios de repasse federal dos recursos do programa ICCN, além do pré-requisito de implantação do SISVAN nos municípios, outros também foram estabelecidos enquanto parte de uma estratégia do MS de induzir a implantação dos princípios do SUS. Entre eles, a existência de Conselho e Fundo Municipal de Saúde e a contrapartida municipal de garantia de 10% do custo do programa e do atendimento através da suplementação de 40% das recomendações calóricas e 100% das protéicas. Além disso, como parte do próprio pacto federativo e das relações

⁴³ O Programa de “Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais”-ICCN vincula a permanência do município no programa com o envio regular de dados às instâncias específicas de Vigilância Alimentar e Nutricional: Secretarias Municipais, Secretarias Estaduais e Ministério da Saúde (Brasil, 1998) Os objetivos do programa permanecem os mesmos do PLS, tendo como clientela: crianças de 6 a 23 meses com desnutrição energético-protéica, crianças na faixa etária de 2 a 5 anos com deficiência de ferro e/ou vitamina A e gestantes e idoso (BRASIL,1999a).

intergovernamentais, o município não poderia estar em débito com a União nem com o INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social (CASTRO, 1995; SILVA, ENGSTROM, ZABOROWSKI, 2002; ENGSTROM, 2002; BRASIL, 1999a).

Segundo Burlandy (2007), a implementação do SISVAN como pré-requisito e a vinculação do envio contínuo de dados sobre o estado nutricional do público-alvo do programa foram estratégias importantes para se iniciar um processo mais terminante de sua implementação. Os programas anteriores ao ICCN mantinham suas atividades em 294 municípios brasileiros e, no primeiro ano de funcionamento, a cobertura do ICCN abrangeu 3.225 municípios, sendo que até final de dezembro de 2001 já haviam sido qualificados 5.127 municípios.

Em 1999, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a PNAN. Criada pela Portaria nº 710, de 10 de maio de 1999, passou a integrar a Política Nacional de Saúde, estando inserida no contexto da Segurança Alimentar. A PNAN estabelece que

O monitoramento da situação alimentar e nutricional será ampliado e aperfeiçoado o SISVAN, de modo a agilizar os seus procedimentos e a estender sua cobertura a todo o país. A consolidação desse Sistema deve ser feita, especialmente, com o apoio de centros colaboradores em alimentação e nutrição e de núcleos de trabalho existentes na quase totalidade dos estados e em centenas de municípios brasileiros (BRASIL, 2000:17).

Para implementação das ações foi constituída a Rede SISVAN, composta pelos Centros Colaboradores nas Regiões Sudeste, Sul, Centro Oeste, Nordeste I, Nordeste II, e Norte, além das Secretarias Estaduais de Saúde, tendo como um de seus objetivos a capacitação e reciclagem de RH para acompanhamento do SISVAN e do Programa de Combate as Carências Nutricionais (PCCN). Entre as recomendações prioritárias para a sua implementação, a Rede SISVAN destacou o seu papel de responder à avaliação de eficiência de programas no combate à desnutrição infantil, adotados pelo MS como uma estratégia de controle do problema em território nacional. Defendeu a incorporação urgente do que rege a PNAN, além de definir as três áreas temáticas, componentes do elenco de indicadores: estado nutricional e carências específicas, consumo de alimentos e desempenho e qualidade dos serviços (ENGSTROM, 2002; OPAS, 1999).

As mudanças no PCCN são: (a) a eliminação de celebração de convênios entre o governo federal e municípios para o repasse de recursos fundo a fundo (fundo municipal para fundo federal); (b) a inclusão de uma parte do recurso financeiro flexível para atender às demandas específicas na área de alimentação e nutrição no município o que determinou a autonomia no gerenciamento das atividades e propiciou um maior interesse do município em

implantar o programa e, conseqüentemente, a adesão ao SISVAN aumentou (SILVA, ENGSTROM, ZABOROWSKI, 2002).

O SISVAN foi adotado oficialmente no Rio Grande do Sul como um dos pré-requisitos para a adesão ao PCCN. Desde então, suas ações se vincularam junto ao Departamento de Ações Básicas de Saúde. Esse foi o marco para as primeiras tentativas de implementação do SISVAN no Estado, impulsionado institucionalmente e financeiramente pelo Governo Federal, do então Fernando Henrique Cardoso, culminando com o início da Gestão do Governo Olívio Dutra.

Nos relatórios enviados à SES, observa-se que a adesão dos municípios ocorreu muito timidamente, pois a relação entre o Programa e a implantação do SISVAN, era tida na visão dos municípios, muito mais um requisito administrativo a ser cumprido para a celebração do convênio, do que, propriamente, uma decisão político - técnica de utilizá-lo como um instrumento que forneça informações e subsidiem a sua atuação junto aos fatores determinantes dos problemas de alimentação e nutrição em seus municípios.

Da mesma forma, vivenciava-se a criação do Fórum Brasileiro de SAN, o que coincidiu com a eleição de novos governadores dos estados da federação, sendo que em diversos estados elegeram-se representantes da oposição, que deram especial destaque ao combate à miséria e à implementação de políticas que reforçam a luta pela segurança alimentar. Em 20 e 21 de novembro de 1999, o Fórum Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (FESANS/RS) e o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, com o apoio de diversas e expressivas parcerias, promoveram a II Conferência Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável - II CESANS. (CESAN, 1999). Esse evento foi precedido por Conferências Regionais preparatórias para os participantes tomarem ciência do Conceito de Segurança Alimentar e dos seus desdobramentos em termos de *acesso, educação e qualidade* dos alimentos como fundamentação básica para as suas questões regionais ligadas a alimentos/alimentação e escolheram seus delegados que levaram propostas à II CESANS.

Das exposições, análises e discussões efetuadas na conferência estadual, resultaram diversas demandas e propostas, sintetizadas por comissão paritária constituída por delegados do governo e da sociedade civil eleitos ainda na conferência. Dessa produção conjunta resultou o texto denominado *Documento de sistematização das propostas da II Conferência Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável, Porto Alegre RS-1999*, que passou a balizar as ações do próprio Fórum e foi colocado à disposição do Governo Estadual para subsidiar o Plano Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável – PESANS (CESAN, 1999).

O Governo Olívio Dutra, no âmbito do PESANS, no início do segundo ano de mandato, apresenta, através da Portaria 46/2000, a Política de Cidadania Alimentar, fruto das discussões demandadas nos fóruns e nas Conferências e que tinha como objetivos implementar a atenção à saúde com ações de educação, vigilância e assistência à população em geral e, particularmente à crianças em risco nutricional ou desnutridas, filhos de mães HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), mais crianças HIV+, Gestantes HIV+, gestantes/nutriz desnutridas e idosos (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL/PCA, 2000b).

Do ponto de vista institucional, as intenções de governo tornaram realidade a institucionalização da segurança alimentar acompanhada pela indução do SISVAN por parte do Governo Estadual com a destinação de orçamento para este fim. Um dos requisitos do PESANS para o repasse de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, consistia na implantação e implementação dos SISVAN, PCCN, MS e Programa de Cidadania Alimentar (PCA). Estratégias de indução e incentivo do nível federal e estadual, no sentido de obter a adesão dos governos locais, vêm sendo apontadas como decisivas para o sucesso da descentralização. Dentre elas, destacam-se a transferência de bens, imóveis e equipamentos para os municípios, além de programas de capacitação técnica e administrativa (ARRETCHE, 2001a).

Por um lado, se reconhece no processo de descentralização uma estratégia favorável ao fortalecimento do papel dos municípios na gestão da política de Vigilância Alimentar e Nutricional, por outro, cabe destacar que o sucesso desse depende, em parte, que algumas funções sejam mantidas nos níveis federal e estadual de governo. A redução de desigualdades regionais e a capacitação, principalmente do nível municipal, no sentido de desempenhar funções que tradicionalmente pertenceram ao nível federal, são papéis importantes a serem desempenhados pelo governo nacional e estadual. Não se trata, portanto, de esvaziar o papel desses níveis, mas redefinir suas funções institucionais em relação ao processo de descentralização das ações, que exige, por exemplo, suporte do governo Federal aos outros níveis de gestão para que o município possa efetivamente implementar as ações (ARRETCHE, 2005).

Dentro das estratégias políticas de final de mandato, o Governo do Fernando Henrique lança, em 2001, por meio do Ministério da Saúde, mais um novo programa na área de nutrição que denomina *Bolsa Alimentação* vinculado ao Programa Nacional de Renda, instituído pela medida provisória nº 2.206 de agosto de 2001, que previa o encerramento dos repasses do Fundo Nacional de Saúde para o Municipal relativo ao ICCN (Brasil, 2001a). O Programa Bolsa Alimentação (PBA) tinha por finalidade reduzir o risco nutricional e

promover condições de saúde e nutrição entre as famílias de baixa renda com gestantes, nutrizes e crianças até 6 anos mediante repasse de recursos financeiros às famílias cadastradas, condicionadas ao cumprimento de uma agenda de saúde, chamada de Agenda de Compromissos. De acordo com a legislação, as condicionalidades abrangiam: exame pré-natal e acompanhamento nutricional das gestantes, nutrizes e/ou crianças beneficiadas, acompanhamento de saúde e frequência escolar de 85% para as crianças. O acompanhamento nutricional continua sendo efetuado pelo SISVAN, agora em versão on-line (BRASIL, 2001a).

É importante observar que esse PBA, diferentemente dos que o antecederam, valorizou a VAN dos beneficiários do programa, mas não colocou como exigência a implementação e operacionalização do SISVAN no município. O acompanhamento do estado nutricional dos beneficiários podia ser realizado por meio de um sistema informatizado do próprio programa - Sistema Bolsa Alimentação-SBA, enquanto que o SISVAN permanecia sem informação e com a maioria dos municípios informando dados manualmente. O impacto imediato disso foi à reivindicação por parte dos estados e municípios da informatização do SISVAN, o que veio a correr no início de 2003, tendo se aproveitado da mesma lógica operacional do sistema de informação do PBA (ROMEIRO, 2006).

O SBA tinha como missão gerir os subsídios necessários ao Programa Nacional de Renda Mínima da Saúde – Bolsa Alimentação. O SBA- Municipal era responsável por qualificar os candidatos no que se refere às informações domiciliares, familiares e nutricionais, além de acompanhar a agenda de compromissos de saúde oferecida pelo Ministério. O Sistema englobava o cadastro dos candidatos aos benefícios, avaliação de pontuação (*Score*) daqueles que receberam o benefício e o atendimento de ações em saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 2001a).

No Estado do Rio Grande do Sul, apesar do PBA não visar, em sua concepção e operacionalização, a VAN, impulsionou mais fortemente seu início e significado de suas ações. Os municípios, mesmo sendo obrigados a realizar o monitoramento nutricional em programas que o antecederam, ainda não tinham conhecimento e clareza da implementação do SISVAN: poucos conheciam o seu significado. Com a realização de capacitações para a implantação do PBA entre os municípios e os coordenadores regionais de saúde do Estado, ela foi resgatada.

Cumprir registrar que, no Biênio 2000-2001, o Estado do Rio Grande do Sul nomeou vários técnicos nutricionistas que contribuíram para o avanço das ações de alimentação e nutrição e do SISVAN no Estado (SES/RS, 2004). A intensa mobilização desses profissionais

e o aumento da demanda nas ações que envolviam a alimentação e nutrição sensibilizaram o gestor estadual de saúde, destinando equipamentos de trabalho e um espaço físico para os técnicos realizarem suas ações. Esse pode ser considerado um marco na história da política de alimentação a nível estadual e na política de VAN. Os programas e ações foram redirecionadas e agrupadas permitindo uma integração maior com a área da segurança alimentar e transparência, fortificadas pelo ambiente próprio para o gerenciamento dos programas desenvolvidos.

A partir desse momento, a equipe técnica estadual, que respondia pelas ações de alimentação e nutrição, se propôs a exercer o papel de suporte às decisões para o estabelecimento de prioridades e para a formulação e implementação de Políticas de Alimentação e Nutrição de forma coerente garantindo a sua continuidade e abrangência, permitindo o adequado desenvolvimento do indivíduo levando em consideração os ciclos da vida. Entre as estratégias propostas, destaca-se a promoção e a realização de estudos e pesquisas destinados a definir medidas operacionais para implementação de atividades de combate/controle a riscos alimentares e nutricionais.

Na constante luta pela efetivação dessa política no âmbito estadual, os técnicos da área de alimentação e nutrição se organizaram e confeccionaram uma denominação própria – Política de Alimentação e Nutrição – PAN, criando um *Slogan* interno em torno das ações realizadas dentro das demais políticas e programas existentes no departamento das ações em saúde. Essa ação apenas refere-se ao nível central, sendo que nas Coordenadorias Regionais de Saúde, que efetivamente implementam os programas a nível municipal, as políticas e ações previstas se juntam aos demais programas já existentes.

Ao longo do período ocorreram mobilizações por diferentes entidades na busca de estratégias para a Implementação do SISVAN em nível Nacional e Estadual. No I Encontro de Coordenadores Estaduais de Alimentação e Nutrição e Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição em 2000, foi demandada à Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição - Ministério da Saúde a urgente informatização e uniformização do SISVAN, em nível nacional. Atendendo à demanda no ano seguinte, a CGPAN realizou o diagnóstico da situação do SISVAN. Foram encontradas diversas limitações, entre elas a baixa cobertura, pouca qualidade dos dados, descontinuidade no envio, falta de integração entre os sistemas existentes (iniciativas estaduais/municipais), duplicidade na coleta de informações, dados coletados considerando as informações por consultas realizadas e não por indivíduos atendidos, dados de demanda ou rotina dos serviços e não de base populacional, e

ainda, as informações eram somente sobre estado nutricional e não alimentares (SES/RS, 2004).

O processo de reestruturação e informatização do SISVAN iniciou-se a partir do diagnóstico da situação comentada anteriormente. Na tentativa de superar os obstáculos encontrados, a nova estrutura foi planejada para não perder de vista sua função técnica, social e política. O processo foi concluído em 2004, iniciando-se a implantação do novo SISVAN informatizado em diversos municípios brasileiros. Observa-se que o período foi acompanhado por uma profunda discussão pelos movimentos sociais da SAN Sustentável (ARRUDA, ARRUDA, 2007).

No final de 2001, vivenciou-se um momento estratégico no ciclo político - o período da campanha eleitoral e da campanha partidária para a chefia do Executivo Federal - que culminou com o lançamento do Projeto Fome Zero no Dia Mundial da Alimentação, pelo PT. O projeto apresenta uma proposta, presumidamente de domínio público e de caráter suprapartidário, de política participativa de segurança alimentar para o Brasil, cujo principal mérito foi estimular a retomada dos debates públicos e de reconduzir o tema da segurança alimentar para a arena política (Silva, Engstrom, Zaborowski, 2002). O documento aprofunda a abordagem das questões e avança na proposição de políticas, comparativamente à proposta do Governo Paralelo de uma década atrás.

Em janeiro de 2003, inicia-se um novo período governamental, o governo Lula (PT) coloca as ações relacionadas à segurança alimentar como prioridade de política de desenvolvimento. Aprova o Programa Fome Zero com o objetivo de promover SAN a todos os brasileiros e combater as causas estruturais da pobreza. O programa envolveu vários ministérios, as três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) e a sociedade civil por meio da formação de Conselho Nacional de Segurança Alimentar, o CONSEA, retomando à experiência iniciada em 1993 e interrompida em 1995 (ARRUDA, ARRUDA, 2007).

No Rio Grande do Sul, a Gestão Estadual em 2003 é assumida pelo Governo Rigotto (2003-2006) que, sua agenda governamental, acolhe a proposta da sociedade civil do Rio Grande do Sul. O desenho da política estadual de segurança alimentar⁴⁴, parte da criação do

⁴⁴ O Governo do Estado do Rio Grande do Sul elencou como prioridade no mesmo período a segurança alimentar, identificando no Plano Plurianual 2004-2007, programas e ações junto as Secretarias do Estado, representadas no CONSEA, que se configuravam dentro do desenho proposto para a constituição de uma política Estadual de Segurança Alimentar. A Política Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional, apresentada na Subcomissão, se baseava no conceito do Fundo da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) e da cúpula mundial de alimentação, da reunião de governos para garantir o direito humano à alimentação através de programas com base no acesso à alimentação, educação nutricional, controle de qualidade dos alimentos de forma sustentável que promovam a cidadania e a inclusão social.

CESANS instituído pela Lei 11.914 de 20 de maio de 2003. O CONSEA-RS é vinculado ao Gabinete do Governador, e tem, entre outras atribuições, a de “propor políticas, programas e ações voltadas ao direito humano à alimentação e à nutrição, especialmente da população que não dispõe de meios para prover suas necessidades básicas alimentares.” A Lei 11.914 também atribuiu à Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social a coordenação, integração e articulação da política de SANS no Estado. Ao mesmo tempo, o governo não acolhe a política de cidadania alimentar, iniciada no governo anterior.

Em janeiro de 2004, o Governo Federal lançou a unificação dos programas sociais a partir da configuração de um novo programa: o Bolsa Família-PBF, que foi criado como medida provisória 132, de 20 de outubro de 2003 e regulamentado pelo decreto lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, sendo as ações de transferência de renda vinculadas com condicionalidades de educação e de saúde. A nova estratégia de atuação visa à proposição de um programa de transferência direta de renda, unificando todos os Programas até então vigentes: Bolsa Alimentação, Bolsa Escola, Auxílio Gás e o Cartão - Alimentação, com o objetivo de aumentar a eficiência e aumentar seu impacto social. O PBF foi concebido dentro da Estratégia Fome Zero, construída pelo governo Lula (BRASIL, 2006d; BRASIL, 2009:58).

Diferentemente dos demais programas comentados sob a responsabilidade do Ministério da Saúde⁴⁵, o PBF é vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e, ao contrário do PBA, prevê que o SISVAN proverá informações do acompanhamento da saúde das famílias beneficiadas. Esse é direcionado ao núcleo familiar, focalizado nas famílias de mais baixa renda, tendo unificado os procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal. Recomenda o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, da assistência ao pré-natal e ao puerpério, da vacinação, bem como da VAN⁴⁶ de crianças menores de sete anos. Destaca-se a importância

⁴⁵ Diversas características do SUS permitiram sua convergência com o PBF, tais como sua organização político-organizacional descentralizada, sua rede extremamente capilarizada, presente em todos os municípios brasileiros, e sua associação à rede de controle social representada pelos conselhos de saúde. Neste processo de acompanhamento das famílias beneficiárias no setor saúde, duas políticas públicas desempenham papel importante: a Estratégia Saúde da Família e o SISVAN. Quanto ao primeiro, cabe destacar que a expansão e qualificação da Atenção Básica, organizada pela Estratégia Saúde da Família compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2009:52).

⁴⁶ Nesse momento, o setor saúde já possuía um sistema informatizado para a VAN. Esse sistema poderia ser instalado em qualquer computador do município e uma vez que os dados fossem digitados, bastaria encaminhar um arquivo eletrônico ao DATASUS/Ministério da Saúde. No entanto, em decorrência das diversas limitações apresentadas pelo sistema informatizado, optou-se pelo desenvolvimento de um outro módulo de informação, que seria on-line e permitiria o registro das condicionalidades da saúde. Assim, foram separados dois módulos do SISVAN: um passou a se chamar de SISVAN - municipal, que era dependente de software, e o outro, o SISVAN - módulo de gestão, acessado pela Internet. O SISVAN - módulo de gestão é disponibilizado ao gestor da área de saúde e por meio dessa ferramenta os gestores acessam um formulário de acompanhamento com a

entre o gestor local do PBF e os gestores locais da saúde, com o objetivo de tornar as equipes de saúde referência para priorizar a inclusão no PBF das famílias identificadas em situação de risco nutricional e/ou vulnerabilidade social, que ainda não foram contempladas pelo benefício do Programa. Aproveita-se, dessa forma, da capilaridade e reconhecido trabalho já desenvolvido por essas equipes (BRASIL, 2006d).

A experiência prévia dos estados e municípios da vinculação do SISVAN com programas de alimentação e nutrição, vinculados ao Ministério da Saúde, permitiu que a interface do PBF com o setor saúde ocorresse de modo mais convergente. O destaque desse programa está relacionado à sua efetiva articulação com a VAN, diferentemente do seu antecessor, o PBA, e ainda pelo fato de ter demonstrado uma capacidade real que os municípios possuem de realizar a VAN. Com isso, revelam-se também as dificuldades para sua ampliação, que poderão ser trabalhadas tanto pelos governos estaduais como Federal de modo mais criterioso e efetivo (BRASIL, 2009:57).

Merece destaque o volume expressivo de dados enviados ao SISVAN Bolsa Família, em relação ao SISVAN Web, o que pode ser atribuído ao fato de que se trata de um Programa com condicionalidades que, caso não cumpridas, podem gerar a suspensão do recebimento do benefício entregue às famílias. Paralelamente, os municípios recebem um recurso calculado por meio do Índice de Gestão Descentralizada (IGD), no qual o setor saúde contribui com 25%. O menor volume de dados do SISVAN Web pode ser atribuído a falta de priorização política para as ações da vigilância nutricional no município, as limitações operacionais do atual sistema informatizado, a ausência de vinculação do sistema com o recebimento de recursos para o município, e a ausência de uma periodicidade definida para que sejam enviados os registros do estado nutricional (BRASIL, 2009:81).

A trajetória da implementação do SISVAN foi marcada por duas fases a primeira, por capacitações⁴⁷ dos profissionais de saúde da atenção básica, nos Estados, regionais de saúde e

lista de nomes e respectivo endereço das famílias beneficiadas, bem como o próprio registro da informação de acompanhamento. Ainda disponibiliza opções de relatórios gerenciais, tais como: famílias já acompanhadas e as famílias pendentes para acompanhamento. Cada ciclo de acompanhamento é semestral e o sistema fica disponível para a entrada dos dados, em média, por quatro meses a cada vigência. A portaria interministerial N° 2.509 publicada no Diário Oficial da União de 18/11/2004, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e do Ministério da Saúde, dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do PBF (BRASIL, 2009:52-3).

⁴⁷As capacitações mais desenvolvidas são, para o SISVAN, alimentação e nutrição, e modos de vida saudável, aleitamento materno, controle das doenças não-transmissíveis. Essas capacitações são, em sua grande maioria, direcionadas aos profissionais da atenção básica, equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), agentes comunitários e gestores municipais. A atividade proposta era dispor um espaço de discussão intra-estadual com todos os atores representados (estado, regionais de saúde, municípios, capital, outros parceiros, etc.) para levantamento das ações já realizadas e as propostas do estado para cada uma das sete diretrizes da PNAN. Em uma análise global, foram identificadas, nos estados, mais ações desenvolvidas relacionadas às diretrizes 4 (promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudável) e 6 (promoção de linhas de investigação).

municípios, contando também com outros parceiros importantes, como os Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição e pesquisadores de Universidades. A segunda fase, caracterizou-se no monitoramento dos desdobramentos e encaminhamentos pactuados com as Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição e com as parcerias construídas nas oficinas, cuja principal missão é a capacitação dos profissionais de saúde, envolvidos com o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população por meio do SISVAN (BRASIL, 2009).

A capacitação de pessoal⁴⁸ para o planejamento, coordenação e avaliação de ações constitui as bases para o desenvolvimento do processo contínuo de articulação com os demais setores, cujas ações estão diretamente relacionadas com a alimentação e nutrição no âmbito do setor Saúde. Registra-se que foram realizadas, inicialmente, onze capacitações com a presença de 643 profissionais de saúde tendo abrangência das cinco regiões geográficas brasileiras e totalidade das unidades da federação. A concepção das capacitações adotou os princípios da atenção básica, no que se refere à intersetorialidade, intrasetorialidade, interdisciplinaridade e da promoção da saúde. Isso, além de dar coerência à proposta, facilitou sua aceitação por parte de todos os profissionais envolvidos, em especial aqueles que trabalham diretamente com a atenção básica (BRASIL, 2009).

As capacitações foram utilizadas pela CGPAN com o intuito de sensibilizar e responsabilizar estados e municípios sobre a importância da implementação e efetiva implantação do SISVAN, dada a relação existente entre o programa e todas as demais diretrizes da Política de Alimentação e Nutrição. A incorporação das diretrizes no processo de planejamento previa a promoção das questões inerentes à garantia do direito humano à alimentação e à nutrição adequada. Igualmente, demandavam capacitar os profissionais para prestarem a devida cooperação técnica demandada pelas demais esferas de gestão, no sentido de uniformizar conceitos e procedimentos que se tornarão indispensáveis para a efetivação da Política de Alimentação e Nutrição, bem como para o seu processo contínuo de avaliação e acompanhamento (ARRUDA, 2006; BRASIL, 2009).

Tais eventos resultaram na publicação do Relatório das Capacitações Macrorregionais em Atitude de Vigilância, com o objetivo de disponibilizar a metodologia utilizada de modo a permitir sua implantação e/ou implementação pelos RH na esfera municipal, segundo a

⁴⁸ A sensibilização e a capacitação de RH constituem etapas fundamentais para a efetiva implementação das ações de VAN, que poderão servir como instrumento de combate à fome e de promoção da alimentação e estilo de vida saudáveis. Os profissionais de saúde capacitados estão aptos a atuar como facilitadores e executores da capacitação dirigida aos profissionais da atenção básica de saúde envolvidos com o SISVAN de seus estados e municípios, sendo estes incentivados para replicar a metodologia adotada.

realidade de cada local. Todo o processo de sensibilização da política a ser implementada foi discutida e pactuada na CIAN do Conselho Nacional de Saúde - CNS, na Comissão Intergestores Tripartite - CIT e ainda no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CNSANS CONSEA, que assessora o Presidente da República. Destaca-se o fomento às capacitações, com o atendimento das demandas estaduais, a finalização da elaboração da portaria do SISVAN e das publicações de apoio técnico, e preparação para o lançamento nacional (ARRUDA, 2006; BRASIL, 2009).

Para dar conta de estender o SISVAN no Estado do Rio Grande do Sul, a Secretaria de Estado da Saúde, em 2003, constituiu o Grupo de Apoio Técnico ao SISVAN/ICCN, formado por técnicos da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. O período foi marcado por seminários e encontros de discussão com os coordenadores estaduais e municipais, sobre a importância do SISVAN para diagnóstico e acompanhamento da situação nutricional da população atendida nos serviços de saúde. A equipe responsável pelas ações de alimentação e nutrição, do nível central do Estado do Rio Grande do Sul, lança uma meta estadual para as regionais de saúde que previa 50% dos municípios do Estado com a VAN implantada até julho de 2003. Para o alcance dos objetivos, o nível central do Estado do Rio Grande do Sul, em parceria com as regionais de saúde, elaborou um *cronograma de execução* a ser perseguido pelas equipes responsáveis pela implantação da política (Quadro 5) (SES/RS, 2004).

Prazos	Metas
Dezembro/2003	Envio dos formulários com as estratégias de implantação da VAN (atividades; estratégias para a execução das atividades propostas; atores envolvidos; datas previstas e resultados esperados)
Dezem/2003, jan e fev/2004	Sensibilização dos gestores municipais e técnicos envolvidos no processo de implantação;
Março/2004	Início da implantação nos municípios do Estado, com capacitação dos profissionais de saúde e de informática, em antropometria e na operacionalização do SISVAN;
Julho/2004	Implantação da VAN em 50% dos municípios do Estado.

Quadro 5. Descrição do Cronograma das proposições de estratégias de implementação de ações para a efetivação da política de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul.

Fonte: Adaptação da autora dos Relatórios anuais da Política de Alimentação e Nutrição do Estado do Rio Grande do Sul-2002-2004.

A partir do cronograma estabelecido, são lançadas estratégias estaduais e regionais para facilitar o processo de implementação no âmbito estadual (Quadro 6) . Essas são executadas com o apoio institucional da CGPAN do Ministério da Saúde e do DATASUS/RS.

Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> - 1ª Reunião - CGPAN/MS com a Equipe da PAN/DAS/SS/RS, para o início do processo de implantação da VAN no Estado. - Encontro para sensibilização dos Gestores e Técnicos Municipais da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (24 municípios), para implantação do Projeto Piloto da VAN. - Grupo de trabalho (PAN/DAS/SS/RS, DATASUS/MS/RS), para planejamento das atividades: cronograma de acompanhamento (viagem aos municípios); elaboração de orientações para os técnicos municipais: organização da rede para implantação da VAN e; organização do ambiente para atualização e uso do Sistema de Informação; elaboração de formulário de levantamento da situação do município por estabelecimento de saúde (equipamentos, RH, etc.); elaboração de formulário de levantamento de infraestrutura para implantação do Sistema de Informação. - 2ª Reunião - Equipe de Implantação do RS (PAN/DAS/SS/RS, DATASUS/MS/RS, municípios pilotos e 1ª CRS) para avaliação e acompanhamento do processo de implantação do piloto da VAN no Estado. - 3ª Reunião - CGPAN com a Equipe da PAN/DAS/SS/RS, DATASUS/MS/RS, municípios pilotos 1ª CRS, e DATASUS/RJ para avaliação do processo de implantação do piloto da VAN no RS. - Capacitação dos Técnicos da Área de Alimentação e Nutrição e de Informática das 19 CRS's em antropometria e na operacionalização do SISVAN, viabilizando a implantação em todo o Estado. - Envio pelas Coordenarias Regionais de Saúde das estratégias de implantação da VAN relativas aos municípios de sua área de abrangência.
-------------	--

Quadro 6. Descrição das Estratégias de implementação de ações para a efetivação da política de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul.

Fonte: Adaptação da autora dos Relatórios anuais da Política de Alimentação e Nutrição do Estado do Rio Grande do Sul-2002-2004.

Portanto, pode-se dizer que a partir da elaboração das estratégias de sensibilização e capacitação, o Estado do Rio Grande do Sul deu início propriamente à implantação do SISVAN na rede de Atenção Básica, nos diversos níveis hierárquicos. O Rio Grande do Sul foi um dos quatro estados da Federação selecionados pelo Ministério da Saúde para desenvolver o projeto piloto do sistema informatizado de VAN, e o primeiro a iniciar o processo da efetiva implantação no País. A Política de Alimentação e Nutrição Estadual, juntamente com o Ministério da Saúde – CGPAN e DATASUS/RS definiram ações a serem executadas no processo de implantação (SES/RS, 2004).

O processo de implantação no Estado iniciou-se em outubro de 2003, com o desenvolvimento do projeto piloto de implantação da VAN nos vinte e quatro municípios da 1ª CRS. O processo iniciou com a capacitação de Técnicos da Área de Alimentação e

Nutrição e de Informática dos municípios pilotos (1ª CRS), em antropometria e na operacionalização do SISVAN.

Em 2004, o Ministério da Saúde reedita o SISVAN com a publicação da Portaria nº. 2246 que *institui e normatiza a VAN no âmbito da atenção básica do SUS, em todo o território nacional* (Brasil, 2004c). Essa normatização contribuiu na proposta de implementação no Estado do Rio Grande do Sul e as ações nas regionais de saúde para a elaboração de estratégias de sensibilização e mobilização dos municípios de sua abrangência foram intensificadas. Proporcionou um respaldo político e institucional maior nas negociações com os municípios e abriu espaços de discussão entre o nível regional e central do Estado. Nesse período, foram realizadas oficinas para levantar fragilidades institucionais para o avanço eficiente da política de VAN (SES/RS, 2004), sendo os principais pontos levantados:

- ✓ Indefinição do Organograma do DAS e conseqüente não inserção da Política de Alimentação e Nutrição;
- ✓ Indefinição de fluxos operacionais e de conceitos – atuações isoladas de alguns setores, em “ilhas”;
- ✓ Não liberação da edição e impressão do Guia Nutricional, instrumento básico de trabalho para a Equipe;
- ✓ Ausência de “*feed back*” sobre o trabalho da Equipe e de relatórios apresentados;
- ✓ Deficiência importante dos equipamentos de informática;
- ✓ Deficiência de móveis de escritório e de meio ambiente (ar condicionado);
- ✓ Falta de RH;
- ✓ Remuneração inadequada – salários e diárias;
- ✓ Falta de sala para reuniões;
- ✓ Ausência de divulgação dos cronogramas das coordenadorias;
- ✓ Falta de um laboratório de informática onde se possa realizar capacitações a equipes das regionais e municípios.

A partir do diagnóstico realizado, iniciaram-se novas orientações às Coordenadorias Regionais de Saúde com alguns encaminhamentos para o DAS do Estado do Rio Grande do Sul e ao Governo Federal. Dentro das funções preconizadas para o SISVAN, o Estado reforçou a importância de agregar dados a partir da coleta de informações nos postos de saúde, tendo como objetivo reforçar o conteúdo de “*atitude de vigilância*” e atingir, no menor tempo possível, um número considerável de profissionais capacitados no Estado. A estratégia utilizada pela SES/RS foi a capacitação de um técnico de cada CRS, além de outras entidades,

que tiveram a incumbência de serem os multiplicadores do processo no Estado (SES/RS, 2004).

Em junho de 2004, o Estado realiza o I Encontro Estadual dos Coordenadores Regionais em alimentação e Nutrição com o objetivo de capacitar a operacionalização do sistema de vigilância aos técnicos da área de Alimentação e Nutrição. No evento, foram utilizados e disponibilizados diferentes documentos de orientações para os técnicos municipais como, a organização da rede para implantação da Vigilância; organização do ambiente para atualização e uso do Sistema de Informação, com enfoque na integração dos cadastros do CNS e instrumentos de levantamento de dados, como o formulário de levantamento da situação do município por estabelecimento de saúde (equipamentos, RH, etc.) e um formulário de levantamento de infra-estrutura para implantação do Sistema de Informação (SES/RS, 2004).

Assim, gradualmente, a partir das capacitações aos Técnicos da Área de Alimentação e Nutrição e de Informática nas 19 CRS's, implantou-se o SISVAN em todo o Estado. Em 2004, a implantação do SISVAN no Estado atingia 485 municípios capacitados que representava 97,78% do total dos municípios no Estado com um total de 941 pessoas capacitadas. A metodologia utilizada nas capacitações realizadas nas 19 CRS e com os municípios de sua área de abrangência consistia na organização da rede de atenção à saúde, no uso do sistema de informação em laboratório de informática, com instalação e suporte técnico nas máquinas municipais e importação dos cadastros do CadSUS e CadÚnico (SES/RS, 2004).

A partir da Portaria N° 679, DOU n° 87 em maio de 2005, o Ministério instituiu um grupo técnico assessor para viabilizar recursos financeiros para proceder estudos, consolidação de proposta técnica e a recomendação ao planejamento orçamentário, com vistas à criação de incentivo financeiro para fomentar a implantação e a implementação das ações de VAN e de Promoção da Alimentação Saudável no âmbito dos estados e municípios (BRASIL, 2009).

No mesmo período, o Estado do Rio Grande do Sul sedia uma Macro-Capacitação com objetivo de formar um grupo de trabalho para as discussões do SISVAN e da PAN. Participaram do evento técnicos responsáveis pela política de VAN das regionais de saúde do Estado do Rio Grande do Sul e do Estado de Santa Catarina, além da equipe gestora da política de alimentação e nutrição do ministério da saúde, nutricionistas da rede básica de saúde e profissionais nutricionistas de universidades públicas e privadas do Rio Grande do Sul (SES/RS, 2005).

No evento, se realizou uma análise e discussão conjunta das dificuldades, entraves vivenciados no Estado (APÊNDICE C). A discussão, no primeiro momento, se deu em pequenos grupos que tinham como meta apontar as ações e propor outras para a efetivação da política, essas delineadas dentro das sete diretrizes da política de alimentação e nutrição do SUS: I. Intersetorialidade; II. Segurança sanitária e qualidade dos alimentos; III. Monitoramento alimentar e nutricional; IV. Práticas alimentares saudáveis; V. Prevenção e Controle de Deficiências e Distúrbios Nutricionais; VI. Apoio a linhas de pesquisa e VII. Capacitação de RH. No final do evento as temáticas foram compiladas a partir das ações realizadas no âmbito do estado do Rio Grande do Sul e foram propostas estratégias que deveriam ser implementadas e reforçadas para a institucionalização da política de VAN estadual.

Após esse encontro, a equipe central incentivou as coordenarias regionais de saúde a realizarem novas capacitações com os municípios. No total, foram capacitados 384 municípios (77,41%) correspondendo a 708 pessoas capacitadas. Destes, 304 (62%) dos municípios eram autenticados e 189 (38%) dos municípios estavam transmitindo dados ao Ministério da Saúde. Participaram dessa capacitação a coordenação da PAN do Estado do Rio Grande do Sul, o DATASUS/RS, Caixa Econômica Federal, CONSEA e o Comitê Estadual do Bolsa Família (SES/RS, 2006).

No segundo semestre de 2005, foi prevista uma nova estratégia de ação no processo de implementação do SISVAN no Estado do Rio Grande do Sul, que consistia numa capacitação no laboratório de Informática e capacitações para técnicos em alimentação e nutrição com o enfoque no uso do gerenciamento das informações. Durante o processo de implementação da política, os coordenadores da ATAN do estado realizaram uma primeira avaliação junto aos municípios, relatando as dificuldades e as necessidades na execução da política, a saber, (SES/RS, 2006):

- Dificuldades encontradas nos Municípios: Falta de intersectorialidade; perda da Base de Dados do CadSUS, Falta de atualização da Base de Dados do SISVAN municipal em relação aos cadastros do Cadúnico; falta de equipamentos (informática e para aferição de medidas antropométricas; falta de dados para diagnóstico da situação nutricional Módulo Estadual do SISVAN; falta de apoio para sensibilização dos Gestores; dificuldade de continuar implementando o SISVAN, devido à necessidade de acompanhamento no site do Bolsa Família.

- Necessidades/Sugestões: Conclusão do Módulo Estadual; participação dos três níveis de governo; nas definições para adequação do Sistema de Informação as necessidades de gestão estadual e municipal e utilização do Sistema em outros serviços de assistência: creches, restaurantes populares.

As avaliações foram sistematizadas e trabalhadas no decorrer do período de 2006 com os coordenadores regionais e municipais. Esse processo contou com material de apoio à implementação das ações do SISVAN, constantemente atualizadas pelo governo federal. Foram elaboradas edições do Boletim SISVAN com o objetivo de fornecer informações sobre a implementação do sistema no Brasil e uma atualização científica entre os profissionais da atenção básica envolvidos, incluindo experiências de sucesso nos municípios brasileiros, comentários de especialistas em Alimentação e Nutrição, divulgação de materiais educativos elaborados pelo Ministério da Saúde, entre outros pontos de destaque. A veiculação desse material foi iniciada no final de 2005 e tem periodicidade de divulgação trimestral, estando disponível na Internet (< http://dtr2004.saúde.gov/nutrição/boletim_sisvan/index.php>).

No mesmo período a ATAN, a nível estadual, editou o primeiro Guia Nutricional do Rio Grande do Sul em setembro de 2005, com informações básicas das funções dos alimentos e um folder denominado Coma Melhor e Viva Melhor para subsídio dos técnicos municipais. O guia Nutricional e o Folder são considerados as ferramentas fundamentais para o desenvolvimento de ações, que visem à reeducação alimentar em cada grupo populacional do Estado (SES/RS, 2006).

O ano de 2006 foi marcado pelas eleições no nível estadual e federal. No nível federal, permaneceu a gestão do Governo Lula, intensificando-se as ações realizadas nos anos anteriores, as políticas de SAN bem como a VAN permaneceram como prioridade na agenda governamental. No nível estadual, o Governo Ieda assumiu a gestão e a SAN e a vigilância alimentar não constaram no seu plano de prioridades.

A política de VAN permaneceu sendo implementada com indução orçamentária do nível federal e pode-se dizer que amadureceu desde sua nova formatação em 2003 no Estado do Rio Grande do Sul, perseguindo a implantação de um sistema gerencial sensível à transição epidemiológica no SUS. Percebemos que a implementação do SISVAN tem sido marcada pela busca da superação do paradigma de valorização da informação para elaboração, monitoramento e avaliação de programas e políticas públicas de alimentação e nutrição, esse ainda em fase de construção. Fazendo um retrospecto dos marcos históricos do SISVAN, o APÊNDICE D demarca os principais ciclos da política no Rio Grande do Sul.

Diante da conformação histórica do processo de institucionalização do SISVAN no Estado do Rio Grande do Sul, o grande desafio posto parece ser construir e implementar um SISVAN no setor saúde que alcance seu real propósito: prover as informações e retornar de imediato com ações dirigidas às pessoas em risco nutricional e, além disso, utilizar essas informações, de forma integrada aos demais sistemas de informação em saúde – SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos), SIAB (Sistema de Informação Ambulatorial do PSF) — no planejamento de políticas públicas e na reorganização da assistência integral à saúde, não é tarefa trivial. Outro desafio é estender a VAN junto às ações de SAN, resgatando o seu conceito universal que preconiza a intersetorialidade na promoção da alimentação saudável como um direito humano básico.

A partir das definições constitucionais da legislação que regulamenta o SUS, nas deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007) (Brasil, 2004b), o MS propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde que visa o enfrentamento dos desafios postos na área da saúde, num cenário sócio-histórico complexo, que reforça uma reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida pela Portaria nº. 648/MS, de 28 de março de 2006, tem como uma das áreas estratégicas de atuação “a eliminação da desnutrição infantil” e prevê “a suspensão do repasse de recursos do PAB” aos municípios e ao Distrito Federal, quando não houver alimentação regular por parte dos mesmos, dos bancos de dados nacionais de informação, entre outros, do SISVAN.

Considerando o Pacto pela Saúde, suas diretrizes operacionais e seus componentes – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS –, firmado entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS; resolve, a partir da Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006, aprovar a Política Nacional de Promoção da Saúde. Na resolução, como uma das estratégias de implementação da política, encontra-se no artigo 1- V “Implementar as ações de VAN para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação”. Uma das propostas previstas para o pacto encontra-se na possibilidade do município prever e pactuar os seus principais problemas percebidos no seu território. O documento síntese do Pacto de Gestão firmado entre as três esferas governamentais estabelece que...

As responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS; promovem um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos; reforçam a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional; modificam o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e substitui a política de incentivos temáticos por relações contratuais entre os entes federativos e reiteram a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio a sua qualificação (CONASS, 2006:3).

Por tratar-se de uma dimensão essencial da vida, a nutrição perpassa todas as áreas de atuação pública, sendo estratégica para a consolidação de um projeto de desenvolvimento nacional que integra crescimento econômico, social e humano, resgatando valores éticos, de equidade, de direitos, de identidade e diversidade cultural. O desafio atual é vencer os vieses do SISVAN, identificados na ausência de priorização política, entre outras limitações, no efeito do usuário do SUS, tendo em vista que esse apresenta uma tendência maior a ser atendido na rede de atenção básica quando está doente e tem piores condições socioeconômicas. Dessa forma, é criado um viés de seleção da população que tem seus dados registrados no sistema. Atualmente, esses abrangem o SISVAN Web e SISVAN módulo de gestão (Bolsa Família) (ROMEIRO, 2006).

Dada a diversidade de organização do SISVAN no país, para a implantação nas três esferas governamentais, o Ministério da Saúde (Brasil, 2009) recomenda sete etapas:

- 1ª) Sensibilização do gestor municipal e dos profissionais de saúde quanto à importância e objetivos da Vigilância Alimentar e Nutricional;
- 2ª) Definição da rotina e do fluxo de informações da VAN, baseando-se no fluxo proposto pelo aplicativo da VAN. Esta ação envolve desde a coleta, o tratamento e a análise dos dados e a divulgação das informações;
- 3ª) Multiplicação da capacitação para todos os técnicos do município envolvidos nas ações da VAN;
- 4ª) Orientação aos profissionais da atenção básica para a definição e a arrumação de local adequado no Estabelecimento de Saúde para realizar a tomada de medidas antropométricas do público dos usuários e zelar pelo estado de conservação dos equipamentos, determinando a periodicidade de manutenção destes;

- 5ª) Desencadeamento de ações de saúde e nutrição visando ao melhoramento dos possíveis agravos nutricionais da população monitorada;
- 6ª) Avaliação de todo o processo do fluxo da informação da VAN adotado e definição de estratégias de ajustes, quando necessário;
- 7ª) Promoção da articulação com a sociedade civil organizada e os órgãos governamentais, com vistas a aumentar as ações de VAN.

O SISVAN Web e SISVAN módulo de gestão do Bolsa Família encontram-se articulados em uma rede formada pela reunião de dados sobre os usuários que, se organizados de forma rotineira, formam um fluxo contínuo de informações. São consideradas como entidades responsáveis pela entrada desses dados ou alimentadores do sistema, instituições governamentais e não-governamentais que geram dados e informações de interesse (Romeiro, 2006:33). O sistema foi desenvolvido pela equipe da CGPAN e foi testado em 21 municípios brasileiros entre julho e outubro de 2007. O acesso para todos os municípios foi disponibilizado no dia 15 de janeiro de 2008. Com nova logomarca e totalmente reformulado, enfatiza o olhar da vigilância, que é fundamental nas ações de saúde (Brasil, 2006b) (Figura 3).



Figura 3. Descrição da nova logomarca do SISVAN-WEB que enfatiza o novo olhar da vigilância nas ações em saúde.

Fonte: Ministério da Saúde - CGPAN
http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=sistemas_informatizados

O SISVAN Web tem como propósito, a partir de informações geradas nas unidades básicas de saúde (data de nascimento, sexo, peso, altura, peso ao nascer, aleitamento materno, peso pré-gestacional, data da última menstruação, algumas doenças associadas ao aspecto nutricional e consumo alimentar), delinear o perfil nutricional da população atendida,

possibilitando o planejamento e a análise dos efeitos de políticas e programas nutricionais⁴⁹. Para isso, necessita de uma ferramenta de coleta, tratamento e análise quantitativa dos dados gerados, e com essa finalidade, foi construída uma ferramenta computacional capaz de atender a esse modelo. Denominado de SISVAN/Web, homônimo do sistema, diversas etapas e pressupostos foram definidos antes que essa ferramenta computacional tivesse sua construção iniciada. Atualmente, essa ferramenta é o aplicativo que atende ao sistema gerencial de informações do SISVAN⁵⁰.

As principais justificativas apontadas pela CGPAN para as mudanças do sistema informatizado, entre outras, estão a superação de limitações tecnológicas; solicitação dos estados da elaboração de um módulo estadual; desburocratização do cadastro; incorporação de mudanças para a realização da avaliação do estado nutricional (padrão de crescimento OMS 2006) e a incorporação de indicadores de consumo alimentar (ROMEIRO, 2006:33; BRASIL, 2009).

O estudo de Romeiro (2006:88) relata que 44% dos estados brasileiros encontram-se em nível crítico em relação à implantação dos indicadores nutricionais, contudo, fazendo-se uma análise pela ótica regional, é possível observar que a Região que mais está desenvolvida em relação à implantação do SISVAN é a Região Sul. Segundo a autora, *observou-se que os estados e municípios ainda estão se apropriando da proposta da informatização do SISVAN e abrindo caminhos para a realização das atividades* (Romeiro, 2006:89). Outro aspecto apresentado é a incipiente participação de atores importantes como o Coordenador da Alimentação e Nutrição, Coordenador da Atenção Básica e Conselhos/Comissões ligados a temática nas capacitações, podendo comprometer o seguimento da implantação do SISVAN. Uma questão importante levantada por Draibe (2001), para a sustentabilidade do programa, são as negociações com os atores político-institucionais estratégicos, que permeiam e dinamizam o processo de implantação de determinada ação.

Em maio de 2007, no Encontro Nacional dos Coordenadores Estaduais, Municipais e Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, o Estado do Rio Grande do Sul em

⁴⁹ A base de dados desse sistema pode ser integrada pelo Cadastro de Domicílios e pelo Cadastramento único do Governo Federal – CadÚnico, garantindo a identificação única dos usuários do SUS atendido. Os indivíduos que não possuem nenhum cadastro podem ser cadastrados no próprio Módulo Municipal. O Módulo pode ser instalado em diversos locais – Estabelecimentos de Saúde, Distritos Sanitários e Secretarias Municipais, integrando os níveis de organização da rede de saúde municipal. A cadeia de monitoramento prevê a atuação das três esferas de gestão – federal estadual e municipal (ROMEIRO, 2006:33).

⁵⁰ Segundo Romeiro (2006:88), estados relatam que nos municípios que foram capacitados muitos ainda não estão operando o sistema, devido a dificuldades e problemas com a operacionalização do sistema (66%), 20% atribuíram à grande rotatividade de RH e 18,5% à necessidade de sensibilização das equipes de saúde. Apenas 33% dos estados brasileiros realizam eventos de sensibilização sobre o SISVAN.

relação ao SISVAN/BOLSA FAMÍLIA se propôs ampliar a cobertura do monitoramento e a avaliação do uso do sistema, bem como melhorar o fluxo de informação entre o Ministério do Desenvolvimento Social. Em relação aos principais entraves/nós encontrados para a implementação da política na Região Sul, foi destacada a dificuldade de comunicação com a Assistência Social, ressaltando que a informação do Ministério do Desenvolvimento Social chega para o comitê estadual, mas não chega às coordenadoras e, que no município de Santa Cruz do Sul-RS, o comitê gestor encontra-se desmontado (Brasil, 2007b). No final do evento, fica a recomendação de ações que intensifiquem as parcerias entre o Ministério do Desenvolvimento e o CGPAN, principalmente em relação às condicionalidades referentes ao setor saúde.

As considerações precedentes levam a concluir que o SISVAN configura a associação de duas características fundamentais à promoção do sinergismo social, visando à articulação estreita dos serviços de saúde com os serviços de outras instituições e o enfoque da realidade local, uma vez que a prevalência do estado nutricional obtida mediante diagnósticos nacionais revela parâmetros distanciados dessa realidade. Soma-se à questão a complexidade do processo decisório, muitas vezes restritivo da participação daqueles agentes, técnicos governamentais e conselheiros, que não se esforçam na difícil tarefa de compreensão de normas. Essas, além de não muito claras, ainda são passíveis de alterações formuladas nas áreas federais e estaduais.

O Relatório Nacional de acompanhamento das Metas do Milênio⁵¹ retrata que no Brasil tanto a pobreza quanto a fome e os demais problemas sociais têm forte associação com as imensas desigualdades existentes em termos de renda, gênero, etnia e acesso a bens e serviços públicos. Romeiro (2006:33) relata que a implantação do SISVAN perpassa dificuldades tanto de gestão quanto de pendência de arquivos que alimentam o sistema, o que acaba por gerar

⁵¹ As discussões em torno da meta de erradicação da fome apontam de forma simultânea para a existência de sinergia entre os programas e para a necessidade de maior articulação intersetorial no processo de formulação e implementação. Além disso, destacam-se questões referentes aos valores que dão contorno às práticas sociais, expressos nos preconceitos que atravessam toda a sociedade, além da necessidade de maior informação em SAN. A informação aparece tanto como necessidade e direito, quanto como fator que contribui, também, para superação de preconceitos. Dessa forma, a legislação que controla a disseminação de informações sobre o tema na sociedade, por meio, principalmente, dos meios de comunicação de massa, assume caráter estratégico para garantia do DHAA. Outros desafios colocados são a melhoria da qualidade do ensino e o fortalecimento da nutrição como tema transversal dos currículos. As discussões em torno da meta de erradicação da fome apontam de forma simultânea para a existência de sinergia entre os programas e para a necessidade de maior articulação intersetorial no processo de formulação e implementação. Os principais desafios dizem respeito às desigualdades persistentes, que se expressam nas dificuldades e os programas alcançarem os segmentos mais vulneráveis da população e contemplarem suas diversidades. Além disso, destacam-se: conflitos entre interesses econômicos e direitos sociais no processo de implementação das ações e alocação mais ampla dos recursos governamentais; fragilidade dos mecanismos de monitoramento local e de controle da utilização dos recursos públicos.

descontentamentos entre os coordenadores Estaduais e Municipais. Esse estudo mostra que o SISVAN não se encontra implantado em nível nacional como a equipe gestora esperava. Mas, ao mesmo tempo, reconhece que houve avanços, tendo em vista a existência de exigência formal com uma padronização nacional e um conjunto de forças e incentivo político jamais visto. Embora os fatores ainda não tenham sido suficientes para garantir a geração e utilização local das informações sobre o estado nutricional, sabe-se que a incorporação da prática demanda mudanças que não independem de normatização, que requerem modificação na estrutura dos serviços de saúde, de modo que estes incorporem as ações de vigilância no cotidiano.

Apesar dos vieses e limitações apresentados em relação ao sistema informatizado do SISVAN, é possível observar uma evolução expressiva do envio de registros do estado nutricional desde a criação do sistema. Isso envolve uma participação cada vez maior de Estados e municípios que utilizam o sistema a cada ano. Em 2006, 2.216 municípios enviaram pelo menos um registro do estado nutricional por meio do SISVAN municipal, o que representa 39,9% do total de municípios no Brasil. Observa-se que grande parte dos registros no SISVAN Web é atribuída principalmente ao acompanhamento de crianças, que corresponde a um dos grupos prioritários para as ações do SISVAN. Os dados do SISVAN da população infantil representam mais da metade dos registros do sistema em todos os anos (96,4% em 2003, 90,0% em 2004, 69,3% em 2005 e 58,4% em 2006) (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, a articulação da vigilância nutricional com a segurança alimentar⁵² exige a confluência de várias especialidades, o que é, naturalmente, mais complexo, *resta, contudo ampliar a participação da academia, que não deve se omitir da reflexão, do debate, da formulação de propostas e do acompanhamento das ações* (Domene, 2003:133). Essas iniciativas possibilitam repensar as formas de intervenção na problemática alimentar, com sentido ético da segurança alimentar e com ações de cidadania.

É dentro desse espaço, ainda pouco ocupado, que se esboça a proposta do estudo. No campo de estudo dos direitos humanos, como atributos da cidadania ou, mais concretamente,

⁵² Desafios como a fragmentação das políticas públicas de alimentação e nutrição, a necessidade de maior integração entre os componentes de alimentação, saúde e educação e de incorporação efetiva da dimensão do DHAA nos programas foram indicados no Estudo de Caso Brasil -2005 e comprometem o enfrentamento do quadro de insegurança alimentar. Uma análise preliminar dos programas sob a ótica dos direitos humanos empreendida pelos grupos de trabalho indica que eles não foram construídos sob a abordagem dos direitos humanos. Isso se expressa em parte pelo fato de que os programas não explicitam direitos, não definem claramente as obrigações de cada segmento de governo envolvido na implantação, incluindo os papéis dos níveis federal, estadual e municipal, e não estabelecem mecanismos claros de recurso administrativo e/ou judicial, visando à garantia da realização dos direitos ou a investigação e reparação de possíveis violações destes.

ao nível formal de compromissos programáticos dos governos do mundo, a segurança alimentar e o bem estar nutricional configuram-se como os objetivos e as metas que deviam estar plenamente referenciadas nas diversas instâncias que representam o aparelho do Estado, o corpo e as funções da sociedade (VALENTE, 2002).

A temática a ser trabalhada a seguir - Capítulo 6 - *Vigilância Alimentar e Nutricional: Dilemas de Concepção e Implementação no RS e na Macrorregião dos Vales* - aborda os pressupostos e fatores favorecedores e obstaculizadores da implementação regionalizada dessa política, analisando as características institucionais mais presentes nas estruturas governamentais, envolvidas na implementação da política de vigilância alimentar e nutricional de forma descentralizada no Rio Grande do Sul. A análise recupera pontos considerados importantes nos capítulos analíticos para, a partir deles, sugerir caminhos que potencializem avanços no campo da avaliação do processo da implementação.

6 VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: DILEMAS DE IMPLEMENTAÇÃO NO RIO GRANDE DO SUL E NA MACRORREGIÃO DOS VALES

Analisando o conceito por nós adotado para a segurança alimentar e nutricional - *acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficientes, realizado em bases econômica, social e ambientalmente sustentáveis* - reforça-se a importância do setor Saúde em contribuir para sua concretização e, em termos objetivos, constituir-se um dos pilares do SISVAN. As ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde e a implementação das diretrizes da PNAN são elementos incontestáveis de uma política nacional de SAN intersetorial. No entanto, as intenções de governo tornam-se realidade quando dois fatores se estabelecem – a institucionalização e o orçamento. Para que o papel se cumpra em toda a sua potencialidade no MS, Secretaria Estadual e Municipal sinalizamos alguns aspectos que merecem nossa atenção.

A síntese da análise expressa a política de VAN de governo, isto é, o comportamento das categorias nos territórios analisados foram avaliados considerando sua expressão enquanto política e diretriz de implementação. A análise considera que as escolhas governamentais não são o resultado racional de um único ator, mas sim da barganha entre vários atores sociais envolvidos na formulação e na implementação de uma política e essas se refletem nos diferentes níveis de governo, potencializando ou fragilizando o processo de implementação de uma política pública.

O desdobramento e a estruturação deste capítulo segue à apresentação e discussão dos resultados relativos aos três níveis que integraram a análise da dimensão regional que, por sua vez, contempla: *A Capacidade Institucional⁵³ do governo na implementação da Política de VAN no RS*. Apresenta, em linhas gerais, a percepção dos atores da implementação no nível nacional e o processo de institucionalização das ações de vigilância alimentar e nutricional no Estado do Rio Grande do Sul a partir da *concepção* dos atores estratégicos situados na sessão estadual.

A dimensão da Implementação Territorial da Vigilância Alimentar e Nutricional no estudo *expressa a articulação territorial nos níveis de gestão*. Expõe a capacidade dos atores

⁵³Entendida como o conjunto de técnicas, métodos, destrezas e habilidades de um gestor e de sua equipe para atingir os objetivos declarados, todas tratam dos fatores institucionais de ordem estrutural e político institucional que condicionam a implementação nos diferentes níveis de governo.

públicos de controlar as variáveis que potencializam ou fragilizam a implementação, articulando o apoio e legitimidade política obtida no nível do Macroterritório de Saúde (13ª CRS, 16ª CRS e 8ª CRS).

Já o *Drama da fragilidade Institucional na implementação de uma política descentralizada em um microterritório de Saúde*, trata da identificação das condições que propiciam ou entram o processo de implementação do programa em análise, que podem ser sintetizadas na área de conteúdo e nas características básicas de seu desenho - que traduz – *A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO ESPAÇO REGIONAL*.

Para orientação dos leitores segue a designação utilizada no mapeamento das entrevistas observando as instâncias governamentais: EN (entrevistado do nível nacional), EC (entrevistado do nível central do estado do RS), ER (entrevistado do nível regional/macro território de saúde) e EM (entrevistado do nível do micro território de saúde).

6.1 A política nacional de vigilância alimentar e nutricional, seu desenho e diretrizes para a implementação descentralizada

Este subcapítulo aborda a capacidade institucional do governo de implementar uma política descentralizada no Estado do Rio Grande do Sul. Apresenta como os fatores de ordem político institucional condicionam a implementação da VAN na sessão nacional e na sessão estadual da Política de Alimentação e Nutrição. A análise considera as responsabilidades institucionais⁵⁴ descritas na Portaria nº. 2.246 que institucionaliza as ações de VAN e dimensiona as atribuições dos entes governamentais para a implementação, nesta sessão,

⁵⁴ Cabe ao Ministério da Saúde: Promover mecanismos de consolidação do SISVAN para fins de mapeamento e monitoramento da desnutrição, do excesso de peso e de outros problemas nutricionais;

Art. 3º Definir que o acompanhamento, a supervisão e a avaliação das ações do SISVAN, em articulação com os estados e municípios e outros entes da sociedade civil organizada, que promoverá esforços para a efetiva implementação das referidas ações nos estados e nos municípios, bem como a capacitação de RH, estarão sob a responsabilidade do Departamento de Atenção Básica - Área Técnica da Política de Alimentação e Nutrição, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS.

Art.4º Definir que o Departamento de Informática do SUS - DATASUS será responsável pela manutenção e o suporte técnico, aos estados e aos municípios, do sistema informacional para a entrada e o processamento de dados gerados pelas ações do SISVAN, que contará com a assessoria técnica-científica do Departamento de Atenção Básica – Área Técnica da Política de Alimentação e Nutrição, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS.

Art 7º Definir que o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde estabeleçam parcerias com órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, governamentais e não governamentais para o fomento das atividades do SISVAN.

Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde: Estimular, auxiliar e monitorar a implementação da VAN nos Municípios, de acordo com as normas estabelecidas em legislação própria e nos materiais técnicos específicos.

especificamente, busca entender o que cabe ao MS e ao Estado do Rio Grande do Sul e como esses viabilizam suas ações.

A síntese do processo de implementação que tem orientado esta tese às vezes será prospectiva, buscando o horizonte dos conceitos teóricos; às vezes retroativa, voltando aos fatos fundamentais da política analisada de forma a mostrar, através das falas e atuações, como esses conceitos estavam preconcebidos pelos atores e que tipos de conflitos, disputas de poder, desvios de funções e de papéis.

As políticas públicas se expressam em leis, decretos, regulamentações e normas que são adotadas pelo Estado para proteger as condições econômicas e sociais que têm impacto significativo na saúde. Enquanto instrumento político de respaldo à implementação das abordagens apresentadas, o Brasil dispõe de um documento legal que é a PNAN⁵⁵. Registra-se que, desde sua formulação, entre os atores existiam impasses em torno de sua atuação, seria uma política de segurança alimentar que abarcaria desde a produção até a utilização biológica do alimento ou seria um recorte da área de saúde, uma política setorial inserida em uma política mais ampla de segurança alimentar (CARVALHO et al., 2006).

A decisão foi tomada pelo recorte setorial da saúde, por dois motivos: primeiro, porque a demanda realizada pelos técnicos, naquele ano, no MS, era de formular uma política no campo da alimentação e nutrição que compusesse a política nacional de saúde. Segundo, porque os técnicos consideravam que a agenda da saúde, no campo da segurança alimentar ainda era frágil e inacabada (CARVALHO et al., 2006:22).

Nas instâncias de deliberação sobre a concepção da política, o Conselho Nacional de Saúde foi um ator-chave, assumindo a política pública, como dever do Estado e direito de cidadania, que culminou no texto integral da PNAN que foi regulamentada por meio pela Portaria nº. 710, de 10 de junho de 1999 e foi elaborada na perspectiva de contribuir concretamente com o conjunto de políticas de governo voltadas à concretização do direito humano universal à alimentação e nutrição adequadas e à garantia da SAN de nossa população, assumindo-os junto com a intersetorialidade enquanto fundamentos. Para implementar a política, o MS constituiu uma equipe técnica para coordenação das ações de nutrição no SUS.

⁵⁵O Ministério da Saúde desde 1999 passou a assumir a execução de uma política que tem como propósito "a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos". Para isto, reconhece a necessidade de um "redimensionamento das práticas, mediante a formulação ou readequação dos planos, programas, projetos ou atividades que operacionalizarão as diretrizes fixadas nesta Política Nacional.

No que se refere às ações intra e intersetoriais, propõe o estabelecimento de parcerias e a articulação interinstitucional que possibilitem consolidar compromissos multilaterais para a garantia da Segurança Alimentar. São também elencados os diversos setores federais envolvidos e as medidas preconizadas para a consecução de seus objetivos: a Comissão Intersectorial de Alimentação do Conselho Nacional de Saúde; o Comunidade Solidária; o Ministério da Agricultura e do Abastecimento; o Gabinete do Ministro Extraordinário de Política Fundiária; o Ministério das Relações Exteriores; o Ministério do Trabalho, "expansão do PAT para as regiões mais carentes" e "identificação de sua repercussão sobre as atividades econômicas"; o Ministério da Educação; o Ministério da Indústria e Comércio e Ministério da Ciência e Tecnologia, com relação às "importações de alimentos" e aos "aspectos tecnológicos" envolvidos na produção e fortificação de alimentos; e o Ministério da Justiça, em relação à "defesa do consumidor" (BARROS, TARTAGLIA, 2003:123).

Segundo um entrevistado do nível governamental, *ainda encontramos lacunas de intersectorialidade capazes de colocar a PNAN como política basilar de SAN e o SISVAN no centro do sistema de informação que monitora a SAN. Parte desta lacuna ocorre pela baixa ação da intersectorialidade na ponta e também pela setorialidade que a SAN assume hoje no nível central com sua atuação centrada em um único Ministério* (EN2). Ele segue colocando que a CGPAN realiza constantes esforços para aproximar o SUS do Sistema de SAN a ser criado, esses estimulados a partir de *encontros entre gestores dos dois sistemas e divulgando materiais para agentes comunitários e profissionais de saúde sobre o papel da saúde na SAN. Cabe aos atores de SAN reforçar o compromisso da saúde, da PNAN e do SISVAN abrindo espaço para que o diálogo aconteça* (EN2). Salienta que é necessária uma harmonização de conteúdos sobre os diferentes papéis dos setores em relação a SAN e uma adequada definição da gestão intersectorial de SAN.

A CGPAN encontra-se na estrutura orgânica do MS junto ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde. Tem como principal missão a implementação da PNAN no âmbito do SUS. A PNAN foi formulada, baseada nos princípios constitucionais - alimentação como direito humano e dever do Estado, e assegurado no texto legal⁵⁶ (Portaria nº 710, de 10/06/99). Ao longo dos últimos anos, a CGPAN vem se esforçando para fortalecer

⁵⁶O documento explicita as responsabilidades dos gestores dos três níveis de governo. Assim, o financiamento das ações, cabe, de forma solidária, aos três níveis de governo. Ao nível federal cabe fornecer subsídios, estabelecer normas, avaliar e promover campanhas publicitárias de incentivo à adoção de práticas e hábitos alimentares saudáveis e o controle social da implementação da política, entre outros; ao nível Estadual, promover planos, programas, projetos e atividades da política, orientar, cooperar tecnicamente e apoiar os municípios e promover mecanismos de consolidação do SISVAN, entre outros; já ao nível Municipal cabe "operacionalizar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a implementação desta Política", "atender a clientela portadora de agravos nutricionais", "definir e adquirir" os alimentos para os programas de suplementação alimentar, além de outras ações.

a capacidade de gestão dos estados e municípios para a realização das ações de alimentação e nutrição (Brasil, 2006g). Os itens abaixo destacam as principais iniciativas realizadas entre 2003 e 2006.

- Inclusão de Diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável e Redução da Desnutrição Infantil no Plano Nacional de Saúde 2004- 2007;
- Inclusão das Ações de Alimentação e Nutrição na PPI;
- Inserção dos Marcadores de Alimentação e Nutrição no Pacto pela Saúde;
- Realização dos Encontros Nacionais das Coordenações Estaduais e Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição;
- Promoção de Eventos de Comemoração da Semana Mundial de Alimentação
- Veiculação de Informações por Meio da RedeNutri e do Site;
- Representação do Ministério da Saúde no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CNSANS CONSEA;
- Participação do Grupo de Trabalho Interministerial Fome Zero
- Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição;
- Repasses Financeiros para as Secretarias Estaduais de Saúde voltados para as ações de alimentação e nutrição;

O processo de formulação da PNAN foi um desencadeador da formulação de outras políticas de saúde, no âmbito do MS. Segundo Carvalho et al. (2006), entre as lições aprendidas no processo de formulação da PNAN e de implementação de suas ações, no período de 1999 a 2005, fica claro a influência dos organismos internacionais na formulação e no financiamento de programas e políticas brasileiros, bem como a influência no campo dos valores, ideias e dos conhecimentos do próprio campo disciplinar.

Cabe destacar que sua formulação e aprovação ocorreram em um contexto de crise do Estado, no qual especialistas e militantes no campo da alimentação e nutrição aproveitaram as situações de crise como momento oportuno para realizar mudanças estratégicas no campo, como uma janela de oportunidades. Nessa perspectiva, ficam claras as possibilidades de institucionalização da proposta no MS – marco normativo e regulatório permitindo o desenvolvimento da Política, a possibilidade de articular a definição do problema, com as alternativas de solução e as prioridades políticas dos gestores públicos – tomadores de decisão, a possibilidade de análise das correlações de forças existentes em determinada conjuntura e a margem de liberdade dos gestores públicos no campo das idéias e das propostas de ação e a possibilidade de agregar valor público ao processo de formulação e gestão de políticas públicas – dimensão participativa: Estado e sociedade civil (CARVALHO et al., 2006:22).

Embora oscilando a prioridade ou a capacidade dos governos darem conta de toda a complexidade das questões que tratam da alimentação e nutrição, essas sempre estiveram na agenda pública do país. Do ponto de vista institucional, apesar da já citada PNAN existir desde 1999, até hoje a área responsável por sua implementação não existe formalmente no MS. Em que pese os importantes avanços conquistados pela CGPAN, o que existe atualmente de fato é um grupo de profissionais terceirizados ou em contratos de trabalho temporários que atuam no contexto do Departamento de Atenção Básica. A CGPAN é vista mais como um ato de resistência daqueles que atuam em políticas públicas de alimentação e nutrição do que de fato uma formalidade.

Ao mesmo tempo, reconhecer a PNAN como política do SUS para a SAN exige maior institucionalidade, *exige que o setor saúde reconheça e afirme esta política em todos os níveis do SUS. As secretarias estaduais e municipais precisam rever o papel transversal da nutrição, mas para isto a mobilização dos conselhos de SAN e o fortalecimento dos conselhos de saúde com relação às demandas de alimentação e nutrição poderão dar a chave do desenvolvimento da gestão intersetorial destas políticas (EN2).*

A gestão intersetorial das ações de alimentação e nutrição pode ser potencializada com a implementação da vigilância alimentar e nutricional. *A PNAN deu concretude ao SISVAN como sistema de monitoramento nutricional da atenção básica, ele faz parte da Política Nacional de Atenção Básica como sistema obrigatório e desde então vem investindo no aperfeiçoamento do sistema como ferramenta tecnológica como também na qualificação dos profissionais para sua utilização e planejamento de ações nos serviços. A característica individualizada do SISVAN é hoje modelo que vem sendo buscado por vários sistemas de informação da saúde (EN2).*

Mesmo não estando implantado como o esperado, a equipe da CGPAN reconhece o avanço na sua implantação, devido à padronização e incentivos políticos. Romeiro (2006) relata dificuldades institucionais para adequação do processo de implementação do SISVAN, tanto na esfera estadual quanto na municipal. Ao mesmo tempo, as mudanças no *Sistema Informatizado – SISVAN potencializaram o nível de desagregação da informação e a possibilidade de localização exata e real do agravo e a rapidez com que a informação é coletada, consolidada, analisada e interpretada.* Entretanto, a Vigilância Alimentar e Nutricional-VAN ainda não é vista como um subsídio para a realização de ações voltadas ao restabelecimento das condições adequadas de saúde e nutrição da população acompanhada.

Na percepção de um entrevistado do nível governamental, as reformulações do sistema facilitaram *seu acesso e sua utilização*, incentivadas através de cursos e capacitações que

fizeram avançar a implantação nos municípios. Destaca a *inclusão de dois indicadores do SISVAN no pacto pela saúde, também foram fortes aliados para dar visibilidade aos gestores e fomentar o diagnóstico nutricional na ponta* (EN2).

Em 2005, é constituído um grupo técnico pela Portaria Nº. 679 com vistas a criação de proposta técnica de incentivo financeiro para fomentar a implantação e a implementação das ações de VAN e a promoção da alimentação saudável no âmbito do SUS. Esse deveria ser transferido do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, de modo a possibilitar o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no âmbito do SUS.

Entretanto, no orçamento de 2006 a CGPAN não identificou recurso disponível para execução, esse votado e aprovado pelo Congresso Nacional no resultado do trabalho. Mesmo diante do corte financeiro, que implicaria no aumento da institucionalização das ações de vigilância no Brasil a partir de sensibilizações aos gestores, é lançado, em 2006, pelo MS, um ato normativo referente à utilização do SISVAN na atenção básica. A ação prevista na Portaria 648 da Política de Nacional de Atenção Básica prevê a suspensão do repasse dos recursos do PAB aos municípios e ao Distrito Federal quando não houver alimentação regular do SISVAN.

Recomenda-se que a periodicidade de alimentação do sistema com dados de crianças e gestantes siga o calendário do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e as consultas do pré-natal. Para outras fases do curso da vida e outras situações fisiológicas, sugere-se que seja realizado, no mínimo, um registro por ano, adaptando esta ação à realidade de cada local. Contudo, verifica-se que não há uma periodicidade regular de envio das informações coletadas pelo município para o DATASUS, sendo que esta também não é cobrada ou definida em relação à população atendida por demanda espontânea. Metade dos municípios brasileiros registra informações no SISVAN Web em 2008 e 95% enviaram dados antropométricos pelo sistema informatizado do Bolsa Família na segunda vigência de 2008. Todas as informações registradas nos sistemas são públicas e estão disponíveis nos sítios do DATASUS e da CGPAN (COUTINHO et al., 2009:693).

Mesmo diante das constantes dificuldades institucionais no processo de implantação do SISVAN na atenção básica, o Brasil, pela primeira vez, dispõe de um volume de informações nutricionais, demonstrando a capacidade de resposta das unidades básicas de saúde, em todo o país quanto ao monitoramento do estado nutricional. No período de 2003 a 2006 foi registrado o estado nutricional de 1.501.537 crianças menores de sete anos; 1.446.348 mulheres acima de 20 anos; 766.562 adolescentes do sexo feminino e 9.769 gestantes. Nesse mesmo período o sistema de vigilância alimentar - SISVAN Web registra um perfil de 4,6% das crianças menores de cinco anos de idade com déficit de peso para a idade, o que compõe a tendência de redução desse desvio nutricional ao longo dos anos. Os dados encontrados no SISVAN são condizentes com o panorama observado na POF 2002-2003. Aponta

prevalências de baixo peso entre as meninas (10 e 19 anos) de 13,0%, 10,5% e 8,7% pertencentes às famílias de classe de rendimento monetário mensal *per capita* de até $\frac{1}{4}$, mais de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ e de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo, respectivamente.

Ainda, no cenário nacional entre o período de 2003 a 2006, o SISVAN revela uma elevada prevalência de excesso de peso (45,71%) e obesidade (15,45%) entre as mulheres adultas beneficiárias do PBF. O excesso de peso se caracteriza por IMC maior ou igual a 25 e a obesidade por IMC maior ou igual a 30. Quando essa informação é desagregada regionalmente, salienta-se que as regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores frequências de sobrepeso (30,83%, 30,63%) e obesidade (21,11%, 19,8%) entre mulheres adultas respectivamente. Entre as mulheres adultas gestantes beneficiárias, ele revela uma elevada prevalência de excesso de peso (33,69%) e obesidade (10,86%).

No âmbito regional, o relatório de gestão da CGPAN 2003-2006 salienta que as regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores prevalências de sobrepeso e obesidade entre mulheres adultas gestantes beneficiárias. Esse quadro é caracterizado como sendo a Dupla Carga da Má- Nutrição, afetando não apenas os sistemas de saúde nacionais, mas todo o tecido cultural, social e econômico das nações, sendo reconhecidamente o maior impedimento à concretização do potencial humano (BRASIL, 2006g).

A avaliação e o monitoramento das ações implementadas voltadas para as questões de alimentação são os objetivos centrais da VAN⁵⁷, normatizado nacionalmente pela saúde após a promulgação da Lei 8080/1990, e com a publicação da Portaria 1.156 publicada em 31 de agosto desse ano. Essa Portaria homologada em 1990 foi reeditada pela PORTARIA Nº 2.246, DE 18 DE OUTUBRO DE 2004 pelo MS na perspectiva de contribuir concretamente com o conjunto de políticas de governo voltadas à concretização do direito humano universal à alimentação e nutrição adequadas e à garantia da SAN de nossa população, assumindo-os junto com a intersetorialidade. *Mas ainda se tem muito a fazer para que o SISVAN responda a dimensão dada pela PNAN e seu compromisso com a SAN. Aumento da cobertura nos*

⁵⁷ A portaria Nº 2.246 institui e divulga orientações básicas para a implementação das ações do SISVAN, no âmbito do SUS, em todo o território nacional, com os seguintes objetivos:

I - fornecer informação contínua e atualizada sobre a situação alimentar e nutricional dos municípios e dos estados;

II - identificar áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais sob risco dos agravos nutricionais;

III - promover o diagnóstico precoce dos agravos nutricionais, seja de baixo peso ou sobrepeso e/ou obesidade, possibilitando ações preventivas às conseqüências desses agravos;

IV - possibilitar o acompanhamento e a avaliação do estado nutricional de famílias beneficiárias de programas sociais;

V - oferecer subsídios à formulação e à avaliação de políticas públicas direcionadas a melhoria da situação alimentar e nutricional da população brasileira.

municípios atrelados, o aumento de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família de Nutrição centrada no diagnóstico e planejamento nutricional do território são desafios a serem enfrentados pela gestão da PNAN no SUS (EN2).

Assim, ainda que os princípios e diretrizes do monitoramento nutricional estejam enunciados nas diretrizes da PNAN e a mesma tenha sido reeditada, os atores entrevistados consideram que ainda não existe uma política explícita, formalizada e instituída que compreenda todas as dimensões da VAN. Segundo a fala do agente, *reforço a necessidade de dimensionar a vigilância nutricional como responsabilidade de todos os profissionais da saúde e não só dos nutricionistas. Assim, capacitar as equipes de saúde sobre o uso e manejo do SISVAN reveste-se de estratégia fundamental para aumentar sua potencialidade. O uso do SISVAN relacionado à implantação de outros programas de atenção primária, como a rede amamenta, o programa saúde na escola e outros são também pontos de fortaleza do sistema (EN2).*

No depoimento de um agente do controle social, *ainda não existe uma política estadual e nem nacional de alimentação, o que temos são programas e ações ainda e pouco articuladas entre si (EN3).* Ele relata que as ações que chegam ao CONSEA Nacional, relacionadas ao tema VAN, são ainda muito focais, batidas na antropometria de crianças, sem interagir com a área alimentar e com outros temas relacionados mesmo com outros grupos geracionais. *Esse é efetivamente o grande desafio que se coloca pela frente, inclusive para a LOSAN e para a efetivação do SISAN, em fase de estudo pelo CONSEA, e para que seja traçada a Política Nacional de Segurança alimentar e nutricional (também em fase de elaboração) (EN1).*

Ao mesmo tempo, os agentes relatam que há um novo olhar para as ações de vigilância alimentar e nutricional nos últimos anos. *Diversos fatores podem ter contribuído para isso, a postura do presidente da república, os alertas dos organismos internacionais, o crescimento da participação popular, mas especialmente a atuação das entidades de nutricionistas, no sentido de dar maior visibilidade e apontando para a necessidade de uma visão para além da biológica na questão de SAN, tentando quebrar paradigmas que tinham como foco o aspecto nutricional do alimento (EN1).*

Segundo a fala de uma entrevistada do nível governamental, *o SISVAN é um sistema e não se tem uma política de vigilância nutricional dissociada das ações de alimentação e nutrição no setor saúde, ou seja, da PNAN. Apesar da PNAN ter 10 anos de implementação, é importante dizer que o SISVAN antecede a política marcando de forma decisiva a inserção da*

nutrição no nível de atenção básica. Esta inserção, no entanto, foi calcada na militância dos profissionais de nutrição e uma bandeira de luta para a atuação do nutricionista. O lado positivo foi a conquista do espaço e o lado negativo foi ter sido segregado em muitos casos a uma ação específica de uma categoria profissional, o que tornou o objetivo do SISVAN de diagnóstico nutricional para planejamento de ações, dificilmente compreendido e por vezes marginalizado nos serviços de saúde (EN2).

Podemos considerar um marco do atual governo o fato de encarar as questões de SAN de uma forma bastante diferenciada dos demais. Esse fato de uma forma geral coloca o tema na pauta das três esferas de governo. Hoje podemos verificar uma maior mobilização para as questões de SAN, com experiências locais, estaduais e na esfera federal, algumas estruturantes outras pontuais. Em relação específica à PNAN, creio que suas ações tiveram um crescimento e foram bastante evidenciadas, na busca da intersetorialidade que a SAN exige (EN1).

Torna-se mais fácil visualizar políticas que garantam o acesso direto ao alimento. No caso da saúde, e mais especificamente a PNAN como campo estratégico e prioritário de SAN, a compreensão passa pela dimensão da promoção da saúde por meio da alimentação saudável, da garantia da qualidade dos alimentos e da dieta e do monitoramento nutricional. Estas diretrizes da PNAN ainda são difusas para os militantes de SAN que se encontram fora do setor saúde (EN2).

Ainda, no contexto das dificuldades institucionais, os atores entrevistados colocam como incipiente o fomento do uso das informações nas ações e intersetorial e na contribuição para a SAN dos entes federativos. Em relação ao SISVAN, um entrevistado complementa, *não acredito que tenha alcançado a penetração necessária para sua caracterização como Sistema, o que acredito estar num processo em expansão, mas ainda não sistematizado (EN1)*. Ao mesmo tempo, um agente relata que *na ponta, nós só temos dois estados com CIAN - Sergipe e Maranhão. Esse é um dos pontos de fragilidade, pois dificulta a capilaridade das ações. Outro fato que fragiliza a atuação é a pouca inserção dos profissionais da área de alimentação e nutrição nas instâncias de controle social (Conselhos, Conferências), o que também dificulta a capilaridade das ações de controle social sobre as políticas de SAN (EN1)*.

Entre os desafios institucionais do nível nacional a intersetorialidade e a participação e controle social de diversos atores ligados à política de SAN ainda se situa no campo dos desafios. Como toda etapa de um sistema, o SISVAN precisa se firmar com relação às estratégias e ações desenvolvidas. Penso que isto ainda não esta resolvido resultando em alguns conflitos no âmbito local (EN3).

Uma análise superficial da política de alimentação e nutrição⁵⁸ e da VAN permite verificar que o Estado viu-se na obrigação de incorporar à sua agenda a busca de soluções para os problemas decorrentes do excesso e da má alimentação, num contexto de globalização e de abertura do mercado de alimentos, garantindo a qualidade e a sanidade do que se disponibiliza para o consumo da população. Esse processo foi amplamente discutido nos ODM que apontam para algumas das áreas prioritárias que precisam ser abordadas para eliminar a extrema pobreza. Os objetivos não constituem uma visão compreensiva do desenvolvimento, mas são marcos referenciais que oferecem indicações claras sobre o avanço do desenvolvimento inclusivo e equitativo nas sociedades.

Para que os Objetivos do Milênio possam ser uma meta possível de ser alcançada, para o bom encaminhamento das políticas, sob a responsabilidade dos entes federativos, um entrevistado em potencial coloca que, *no campo da saúde a garantia de acesso a saúde e uma atuação intersetorial com políticas de transferência de renda e de acesso aos alimentos como o PBF, e o PAA são os eixos principais para o alcance do objetivo 1 das metas do milênio. As condicionalidades da saúde do PBF, quais sejam vigilância nutricional, vacinação e pré natal para a gestante contribuem para melhoria das condições das famílias do PBF. A partir desta vulnerabilidade, muitas outras presentes nas famílias do PBF podem ser identificadas aumentando a resolutividade da saúde. A redução das iniquidades em saúde é uma das principais metas da saúde. Aumentar a cobertura da estratégia de saúde da família, qualificar as equipes de saúde e incluir o olhar da nutrição e segurança alimentar nas ações da atenção primária em todos os ciclos de vida são as dimensões assumidas atualmente* (EN3).

Entretanto, nos níveis de programas e políticas, não basta simplesmente expandir a oferta de pacotes de intervenções de baixo custo já testados. Obstáculos comportamentais, institucionais e ambientais que impedem o acesso também devem ser tratados como parte do processo de expansão. O sucesso exige uma compreensão profunda desses obstáculos, assim como das estratégias para superá-los. Na percepção de um dos entrevistados que participa do

⁵⁸ *A forma como a Política de Alimentação e Nutrição foi levada a efeito, no Brasil, não demonstra a preocupação de buscar a solução estrutural do problema alimentar. Muito pelo contrário, esteve sempre dissociada da questão econômica, da redistribuição de renda, do combate ao desemprego e isto não se deu por acaso. O contingente de trabalhadores à disposição das empresas não as obriga a gastar muito tempo e dinheiro para solucionar os problemas de alimentação e nutrição de seus trabalhadores e muito menos dos possíveis futuros empregados [...] o capitalismo se desenvolveu sem precisar resolver essa questão de forma ampla e profunda. Está claro que adotar uma Política de SAN implica em atacar vários e complexos problemas, nos mais diferentes setores da sociedade. E, mais do que isso, fazê-lo de forma consistente e integrada, rompendo com as práticas populistas e assistencialistas* (BARROS, TARTAGLIA, 2003:123).

controle social, *existem fragilidades institucionais que precisam ser vencidas*. E ele abre um questionamento *Quem conhece as metas do milênio? Por quem e para que elas foram instituídas? Não acredito que metas desse porte tenham êxito se ficarem restritas a área da saúde (e ainda assim de poucos profissionais)* (EN1).

Parecem aqueles pactos entre governantes que servem para serem incluídos nas introduções de qualquer trabalho, especialmente nos considerados [...] Os profissionais e a sociedade não se sentem responsáveis para o seu alcance, portanto vai continuar apenas como pacto entre governantes que ao cabo de alguns anos, elaboram um relatório, contendo os percentuais atingidos, sendo que quem contribuiu, nem tenha se dado conta disso. Não acredito nessas propostas burocráticas (EN1).

A criação de programas nacionais e a existência de lideranças do setor público podem aumentar significativamente as perspectivas de sucesso na expansão dos serviços. Foi reiteradamente comprovado que, quando os governos assumem a liderança e estão comprometidos com a expansão de programas-piloto e de pequena escala bem-sucedidos, as iniciativas podem conseguir rapidamente uma cobertura de alcance nacional. Entretanto, criar programas envolve mais do que apenas seu financiamento. Os governos também devem estar comprometidos com a criação e a sustentabilidade da capacidade técnica e administrativa necessária. É necessário o apoio em cada nível administrativo dos sistemas de saúde – federal, provincial e distrital – para coordenar e supervisionar a expansão. Questões de sustentabilidade também podem ser resolvidas no nível nacional, e o programa deve ser totalmente endossado pelo sistema político – inclusive o legislativo –, para garantir que sobreviva a transições e mudanças políticas.

Na percepção de um agente do controle social *muito tem sido feito, em diferentes frentes governamentais para todos os objetivos do milênio*⁵⁹(EN3). Todos carecem de uma ordenação superior, necessitam elencar prioridades estratégicas em comum, com um planejamento integrado de objetivos, uma maior articulação entre os entes, uma reordenação e uma sincronia de programas e ações, *com vistas a integrarem algo maior – Um Sistema Nacional de Segurança e Soberania Alimentar e Nutricional – SISAN*. Ou seja, *construir um Sistema norteado pelos princípios e Diretrizes atualizados a cada Conferência, com continuada*

⁵⁹Tratando-se de SAN (é do que posso falar), o Brasil vem avançando muito, fazendo ações estruturantes, que nunca haviam sido feitas, em programas de transferência de renda, geração de trabalho e renda, melhoria do poder aquisitor de alimentos, como por exemplo: Bolsa Família – PBF, Programa de Aquisição de Alimentos – PAA, PNAE, Programa Política de Integração de Gênero Raça e Etnia – PPIGRE, a ampliação do Programa Nacional de Apoio a Agricultura Familiar – PRONAF, entre outras.

escuta social, tendo como projeto a promoção da SAN no Brasil inscrito em uma Política e um Plano Nacional de SAN (EN3).

Portanto, percebe-se que, para que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a área de saúde sejam alcançados, é preciso fortalecer os sistemas de saúde em todos os níveis – serviços baseados em centros de atendimento, programas formais de saúde pública e parcerias na comunidade. O desafio imposto está em aumentar o nível de conscientização dos governos e do público e lidar com as dimensões políticas da criação do provimento sustentável de cuidados continuados de qualidade. Exige mais do que a imposição de argumentos técnicos, necessita também uma compreensão mais ampla das restrições e das oportunidades para criar disposição e compromisso entre os principais atores políticos.

Essas considerações políticas provavelmente restringem algumas opções técnicas que advogam a preferência pelo provimento de cuidados continuados. No entanto, caso essas preocupações políticas não sejam reconhecidas e debatidas, as estratégias que promovem têm pouca probabilidade de sucesso. Essa questão reporta para o fomento à integração das políticas e ao diálogo entre elas. *Estamos num processo de construção desses diálogos, o que reconhecemos não é uma cultura presente em quase nenhuma esfera, e nem na condução das políticas públicas no nosso país. Ora, se as políticas não se conversam, o controle social tem uma grande dificuldade de diálogo e de troca de informações, o que fica na dependência da boa vontade dos gestores especialmente nos conselhos institucionalizados, como os CONSEAS Estaduais e Municipais e os Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais (EN1).*

A fragilidade institucional entre os setores, percebida pelo baixo diálogo, é colocada como limitador pelo agente do controle social, que em sua fala enfatiza, *Não vejo que exista este diálogo, nunca presenciei, sou conselheira de SAN e da Saúde, já fui da Alimentação do Escolar, em nem um destes espaços vi esta aproximação. Portanto penso que o principal é fundar esta aproximação necessária e que poderá se constituir numa interlocução virtuosa (EN3).* O SISVAN é colocado, pelos entrevistados, como um grande potencial para desencadear essas interações, apesar do mesmo ainda estar em processo de consolidação como sistema. *Embora ainda pouco explorada com é, sem sobra de dúvidas, tem sido importante ferramenta no planejamento e na construção de ações na direção da promoção da SAN, mesmo uma ferramenta importante de controle social (EN3).* Sabemos que todo sistema de alimentação e tabulação de dados necessita de um reforço e monitoramento constante, mas acho que não pode se perder de vista a educação permanente dos envolvidos, bem como a publicização dos dados estimulando a vigilância (EN1).

Segundo um entrevistado, é necessário aumentar o diálogo e as interações na atenção primária, sem essa percepção pode-se estar *enfraquecendo o diálogo e o entendimento dos atores. Ampliar o foco da discussão para a responsabilidade do SUS com a SAN facilitaria o diálogo e a responsabilidade de cada setor* (EN2). Portanto, segundo os autores, as potencialidades existem, mas será necessária uma maior disposição para o consenso e atuação compartilhada.

Parece existir uma distância entre a proposta de SISVAN, tal como está formulada por organismos como OMS, OPS, FAO, UNICEF e INAN, e a lógica que orienta a prática dos profissionais nessa rede de assistência, fazendo do sistema um instrumento limitado para a formulação, implementação e avaliação de respostas desta rede aos agravos nutricionais da população. Sob a perspectiva da rede, no entanto, tem sido valorizada a relação entre perfil nutricional e utilização biológica dos alimentos, enfoque que possibilita ações mais apropriadas aos serviços de saúde.

Diante da complexidade das questões que envolvem a gestão pública, os recursos financeiros aparecem como um limitador. *Os recursos destinados a PNAN são reduzidos diante das ações e compromissos da nutrição com a sociedade. Dos 150 milhões estimados para seu pleno desenvolvimento, o orçamento aprovado chega apenas a 28 milhões, sendo que 70% destinados aos programas de suplementação de ferro e vitamina A. A alimentação orçamentária para as ações de VAN restringe na prática a sua implementação nos estados e municípios. Daí a importância de incentivar a implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família com a participação do nutricionista, a fim de destinar recursos também do PAB para apoiar a nutrição no nível local* (EN2).

No tocante aos recursos orçamentários, a Comissão Permanente da Política Nacional de SAN, na Plenária do CONSEA, em 2 de julho de 2008, diz que para cumprir as diretrizes da PNAN e expandir as ações para todos os níveis de complexidade do SUS, *a proposta apresentada pela CGPAN para o Plano Plurianual (PPA) 2008-2011 foi da ordem de R\$112 milhões de reais*. Esses recursos seriam destinados às ações de monitoramento e ampliação do SISVAN, promoção da alimentação saudável e ações de educação nutricional, programas de suplementação de micronutrientes, atenção nutricional nos serviços de saúde, e estudos e pesquisas. No entanto, os recursos aprovados em 2008 se resumiram a 33 % do valor – cerca de R\$ 37 milhões.

Nesse cenário, verificamos que o programa Alimentação Saudável, que existia nos PPAs anteriores, foi retirado do orçamento *devido a um enxugamento dos programas do MS na peça orçamentária da União e foi substituído pela ação Alimentação e Nutrição para a*

Saúde, dentro do programa Atenção Básica. Importante ressaltar que a retirada do programa Alimentação Saudável do orçamento também ocasionou o cancelamento de recursos expressivos que antes eram consignados na ação *Estudos e Pesquisas sobre Recuperação Nutricional e Alimentação Saudável.*

A promoção da Alimentação Saudável é considerada um tema transversal a todas as áreas de governo e setores sociais envolvidos com as ações de VAN. No entanto, avaliamos que até o momento *as iniciativas nacionais em relação a este tema tem sido pontuais, descontínuas* e estão absolutamente aquém da sua relevância e potencialidade para promover a saúde e prevenir as principais causas de adoecimento e morte.

Considerando que uma das dimensões para a superação da fome e pobreza se refere à realização do direito fundamental à saúde, essa se concretiza quando se identifica que cada família está tendo acesso aos cuidados básicos em saúde. É a existência real e de qualidade das ações de nutrição que irão gerar a informação que retroalimenta todo o sistema de gestão e promove a saúde e previne os agravos relacionados à alimentação.

Em 2007, quase 5 milhões de famílias atendidas pelo PBF foram acompanhadas por profissionais da atenção básica. Esse acompanhamento permitiu realizar 7 milhões de registros do estado nutricional e também identificar que 15% das crianças menores de sete anos, oriundas dessas famílias, estavam com déficit de altura - dado preocupante considerando que as médias nacional é bem menor. O acompanhamento das famílias está sendo realizado; o desafio agora é qualificar esse processo para que exista uma resposta efetiva à situação registrada e aos sujeitos acompanhados, tanto pelo setor saúde como pelos demais setores de governo comprometidos com a SAN, o objetivo final deve ser a promoção da cidadania das famílias acompanhadas e a plena garantia do DHAA.

Após a breve apresentação das percepções dos entrevistados, pode-se dizer que a VAN pode ser considerada mais um ato de resistência daqueles que atuam em políticas públicas de alimentação e nutrição do que de fato uma formalidade, apesar dos avanços relatados. Entre as questões apresentadas, o diálogo entre os atores e as instâncias do controle social foram apontados como elementos que fragilizam a *condução das políticas públicas.*

Em outros momentos, os atores que se encontram na implantação da política, são vistos como técnicos que possuem dificuldade em implementar essa entre os diferentes setores. *O ambiente se apresenta sempre muito acadêmico e refratário a sugestões de grupos externos aos profissionais mais envolvidos, seja do serviço, seja da academia, com um vocabulário blindado, hostilizando a permeabilidade necessária com o Controle Social e com os conselhos, estes por sua vez em estado de estranhamento com os mesmos* (EN3). Percebe-se

uma fragmentação, segmentação das ações de vigilância alimentar e nutricional, sendo que podem, em alguns momentos, incentivar disputas internas, repercutir na compreensão das políticas, proporcionar competição de competências entre os setores do nível governamental, fragilizando a institucionalização. Esses entraves e obstáculos institucionais perpassam e se fortificam no nível Estadual. Portanto, a intersetorialidade, a participação e o controle social de diversos atores ligados a política pública de alimentação e nutrição, especificamente a VAN no campo da segurança alimentar, ainda estão situados no campo dos desafios.

Enquanto instrumento político de respaldo à implementação das abordagens apresentadas, a inserção da valorização e da utilização da VAN torna-se um recurso em potencial para a promoção da saúde e prevenção de doenças na população brasileira, uma vez que possibilita a integração das políticas públicas que requerem ações intersetoriais para a promoção da saúde. Parece urgente que seja dada a essa área institucionalidade, estabilidade e recursos necessários à altura de sua missão, qual seja, atuar para a implementação efetiva das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde e contribuir para a redução dos fatores de risco relacionados à alimentação – principais contribuidores para as maiores causas de adoecimento e morte tanto no Brasil quanto no mundo.

Em referência à necessidade de fortalecimento da capacidade institucional apresentada nesta sessão, a temática da vigilância alimentar, enquanto instrumento da gestão social, ganha importância na medida em que trata teórica ou empiricamente, da SAN e a relaciona à qualidade do desempenho da gestão pública. Logo, a institucionalização da área de nutrição na saúde, a implementação das ações de alimentação e nutrição na atenção básica, a definição de uma estratégia intersetorial de promoção da alimentação saudável e a implementação da VAN em parceria e ação com o MS, secretarias estaduais e municipais, constituem a SAN. Além disso, a incorporação efetiva das informações geradas pelo SISVAN poderá reorientar grande parte das políticas públicas de atenção nutricional, produção e distribuição de alimentos além da educação alimentar e nutricional.

6.2 Desafios e entraves envolvidos na implementação da vigilância alimentar e nutricional em nível estadual

Esta sessão examina alguns pontos relacionados à problemática da gestão pública no Rio Grande do Sul, na perspectiva da institucionalização de uma política descentralizada. O ponto articulador é a concepção da nova agenda de alimentação e nutrição, que expressa os

desafios institucionais para o enfrentamento das desigualdades sociais e instiga a gestão pública a repensar a SAN sustentável. Em um Estado como o Rio Grande do Sul, onde a desigualdade social e regional é imensa, a garantia da SAN pressupõe a necessidade de um modelo de atenção à saúde, no âmbito do SUS, que integre as duas faces da insegurança alimentar e nutricional da população: a desnutrição e outras carências nutricionais de um lado, e do outro, o sobrepeso/obesidade e as doenças crônicas não transmissíveis associadas.

Segundo o relatório de 2006 das ações de alimentação e nutrição do Estado do Rio Grande do Sul, estima-se que 372.674 crianças menores de 7 anos de idade estejam sob risco nutricional; que 18.716 gestantes e ou nutrizes estejam com algum grau de desnutrição; e que 111.218 idosos estejam em extremo déficit nutricional. No outro extremo, dados da SES apontam para um percentual de crianças em idade pré-escolar, com sobrepeso ou obesidade, ao redor de 35%. Recente pesquisa dos fatores de risco para a DCV, feita pela SES, indica uma prevalência de 55,1% de sobrepeso ou obesidade entre a população adulta (Relatório de Gestão PAN, 2006). Essa complexidade demanda um novo olhar dos entes federativos na proposição e implementação de políticas públicas, considerando a realidade institucional própria de cada território.

O cenário epidemiológico e nutricional demanda às políticas públicas (especialmente de SAN) o desafio de conciliar essas duas faces da insegurança alimentar e nutricional e implica na responsabilidade do Estado. A par dessas transformações na sociedade, não há, como separar a produção de informações (SISVAN) do processo de intervenção (política), e nesta sessão avaliaremos os desafios e os entraves percebidos nas falas dos atores envolvidos com a implementação das ações de VAN, que surge e se expande enquanto parte da PAN, que vem se desenvolvendo ao longo das últimas décadas no país. Portanto, alguns fatores que explicam seus avanços e limites só podem ser entendidos a partir do contexto mais amplo da política no Estado do Rio Grande do Sul.

Para entender os diversos pontos de estrangulamento, partimos do pressuposto que a implementação do programa supõe necessariamente a *relação* de uma autoridade central com agentes implementadores e os princípios que efetivamente pautam a ação dos agentes implementadores deveriam ser a “legislação” e as “normas determinadas pela agência formuladora”. Para a compreensão da complexidade em questão, iniciamos com a concepção dos agentes implementadores da VAN, seu conhecimento dos objetivos e regras operacionais do programa.

Como visto em relatos anteriores, o sistema de VAN foi criado para ser um mecanismo regular, sistematizado e de alarme precoce, às crises de abastecimento alimentar e ao

recrudescimento da situação nutricional. Percebe-se que essa visão ainda está muito distante da nossa realidade, as falas dos agentes entrevistados relatam entraves institucionais que dificultam a operacionalização e a concretização desse ideal.

O Sistema de Informações sofreu muitos entraves políticos, administrativos e de conflitos de interesses mesmo pessoais por disputas de poder. “A utilização da informação é uma fragilidade” (EC4).

Os gestores, e eu já fui gestora municipal, e as demandas são tantas e a própria capacidade das equipes às vezes tem sido muito difícil pra poder ta utilizando com toda a potencialidade que o sistema de informação tem. Eu acho que os gestores municipais não conseguem fazer a utilização, eles geram os dados, mas não utilizam aqueles dados para gerar as decisões. Ele não serve pra gestão porque ele não consegue fazer - trabalhar com promoção - o que acaba acontecendo o município gera o dado encaminha pro estado o estado tem um papel estratégico que é de trabalhar um pouco esta informação e transformar esta informação e repassar isto em forma de informação pro município - para que o gestor possa então estar utilizando - não da pra se dizer que isto vem acontecendo em todo o estado também não (EC6).

Percebem-se entraves institucionais na plena utilização da informação gerada pelo SISVAN. Persiste, ainda, uma concepção técnica e instrumental, ou seja, um cumprimento de uma norma burocrática estabelecida pelo nível Nacional aos demais níveis, sem uma contextualização maior em cada nível.

Na nossa análise de conselho, uma das fragilidades é a compreensão sobre essa política de VAN, ela ainda está por acontecer, a compreensão é um pouco paradoxo, já que a gente sabe que o programa se desenvolve, mas talvez não com a compreensão que mereça. Além disso, nós temos de modo geral, uma ação muito mais para o alimentar do que para o nutricional, de modo geral é o que se verifica, as vezes até se observa uma certa confusão entre essas duas, esses dois aspectos da segurança alimentar. Então eu te diria que na compreensão do conselho, embora o SISVAN esteja muito trabalhado assim operacionalmente, ele é trabalhado muito operacionalmente só...ele precisaria de uma fundamentação melhor de seus mentores e operadores dos gestores públicos e da própria sociedade civil, sobre a importância dele (EC7).

A vigilância é um programa do governo federal, do Ministério da Saúde, que está implementado com o nome de SISVAN e vem sofrendo diversas modificações - tecnologia fundamentalmente de implantação. Mas na minha avaliação é muito pobre ainda, nós precisamos crescer muito para que os profissionais utilizem mais os dados, não só análise, mas claro antes disto realizar o lançamento dos dados” (EC8).

Trata-se, conseqüentemente, da fragilidade do exercício de interlocução e intersetorialidade na orientação das políticas setoriais e nas decisões nas ações de alimentação e nutrição. Na opinião de uma informante chave,

não houve estratégia de identificação de necessidades de informação dos diversos níveis de uso da informação, para o desenvolvimento do sistema, que possui basicamente durante todo o seu tempo de uso, a visão do gestor federal quanto à necessidade de informação estadual ou municipal. Desta forma, a informação disponibilizada não era suficiente para permitir um gerenciamento local ou gestão municipal de maneira integrada com outras informações geradas pelo município. Apesar de ser divulgado o uso do sistema de informação, e do Estado do RS ser o mais ativo nacionalmente na formação dos técnicos para operacionalização do sistema, fazendo pelo menos dois eventos por ano com a presença de todos os municípios, as frequentes substituições de pessoal envolvidas nas ações de vigilância, muitas vezes faziam com que o processo de uso do sistema de informação iniciasse novamente. Visível muitas vezes ficava esta situação, nas mostras regionais e estadual, quando os trabalhos apresentados com base nos dados coletados, utilizavam outros instrumentos de coleta, quando poderiam ser utilizados os dados gerados pelo SISVAN, tanto no nível municipal quanto nos dados disponibilizados nacionalmente (EC4).

O processo aponta para uma sensibilização maior frente às demandas do SISVAN. Mesmo os profissionais de saúde precisam ter uma compreensão mais qualificada da proposta, pois cada setor precisa assumir seu papel nesse campo de atuação. Outra fragilidade institucional relatada na pesquisa é a mudança na estrutura: transferências de serviços e atribuições de uma agência para outra, instituição de novas regras sobre a gestão de determinadas atividades e os escassos RH e financeiros dos entes federativos.

Com a suspensão do uso do módulo municipal do SISVAN desenvolvido pelo DATASUS e o desenvolvimento do novo sistema de informação via web, visualizamos muitos entraves, entre eles a perda de continuidade de uso de uma base de dados única, a carência de relatórios de acompanhamento, a necessidade de redigitação de cadastros de usuários que já tinham sido registrados no sistema anterior, podendo ser importados, e todas as falhas de processo e fluxo de informação que haviam sido identificadas no sistema anterior, e corrigidas ao longo do seu tempo de uso (EC4).

A nível estadual todos os recursos financeiros para implementar ações de VAN são provenientes de pacotes orçamentários fomentadas pelo Conselho Gestor da Política Nacional. Os recursos são repassados pelo Ministério da Saúde para a PAN e muitas vezes são utilizados para implementação de ações de outras áreas, na busca de ações integradas que viabilizem o desenvolvimento de atividades entre políticas de atenção que deveriam ser planejadas em conjunto para maximizar o uso destes recursos, ampliando a cobertura da atenção (EC5).

Há ausência ou carência em algumas CRS de pessoal técnico com condições de conduzir a implementação das ações necessárias. Essa falta de condições diz respeito tanto à clareza das atribuições e responsabilidades destes servidores, como o empenho no desenvolvimento de algumas ações. Verifica-se a preocupação de registro em relação à prestação de contas quanto ao quantitativo de usuários acompanhados, mas sem seguimento e avaliação individuais. Quanto às informações produzidas pelos municípios, não há responsabilização pela perda dos dados de cadastros e acompanhamentos da população, sendo sistematicamente perdidos sem nenhum constrangimento, e o trabalho reiniciado por diversas vezes. Acredito também que apenas a comprovação do trabalho realizado por meio do relatório de gestão não é suficiente para garantir o desenvolvimento das ações de atenção à população, porque o enfoque é quantitativo e não qualitativo. O sistema de informação também não é suficientemente robusto para permitir o acompanhamento operacional e gerencial dos diversos níveis de gestão (EC4).

Assim, o estudo aponta que os mecanismos e regras de repartição de recursos do governo federal para estados e municípios devem ser constantemente revistos, no sentido de compreender em que medida eles contribuem para redução de desigualdades territoriais. Disso decorre a necessidade vital de uma adequada estrutura de incentivos, capaz de induzir os diversos atores a um comportamento cooperativo. Cientes do fato, os agentes formuladores e implementadores do nível federal tenderão, portanto, a escolher determinadas estratégias de implementação pautadas muito mais por sua potencial aceitação do que por sua esperada eficiência ou efetividade. Assim, a reação esperada dos agentes implementadores tende a ser um elemento decisivo na definição do conteúdo das políticas públicas em Estados federativos (RUA, 2002).

Dentro das políticas de saúde, por exemplo, você define em nível do Ministério, mas como este fórum vem pros municípios, eu acho que se você tiver um trabalho forte no município ele irá prosperar no nível do Estado e isto não se têm. Hoje os municípios estão assim, muito preocupados com o que vão arrecadar dentro dos projetos, qual é o retorno, qual é a divulgação é o planejamento que se possa discutir em nível do município, não se tem, porque hoje se tem uma preocupação muita grande com o poder, não com o que eu possa melhorar para a sociedade (EC9).

Não sentimos que haja no estado uma política que favoreça o aprofundamento do significado da potencialidade do SISVAN... nós temos observado que a política é mais pragmática de cumprir com aquilo que é pedido pelo ministério da saúde, mas sem que a gente veja o retorno disso para a própria concepção dessa ação implementando. Eu acho que no Estado é uma conquista que temos que fazer diante do estado, não se tem especificamente no governo do estado uma decisão política sobre segurança alimentar e vigilância alimentar, eu acho que a vigilância alimentar é um programa que tem na secretaria que recebe recursos do governo federal, mas que não tem aqui no estado assim o peso de uma decisão política (EC7).

Arretche (2001a) coloca que a incoerência de objetivos, interesses, lealdades e visões de mundo entre agências formuladoras e a gama diversa de implementadores implica que dificilmente um programa pode atingir plenamente seus objetivos e ser implementado inteiramente de acordo com seu desenho. Todo modelo de implementação deve contemplar a formulação de uma adequada estrutura de incentivos.

Eu te diria que não temos uma política de alimentação e nutrição no Rio Grande do Sul como tal, e acho que são dois os problemas que dificultam isso ai, primeiro ainda há uma compreensão muito tênue sobre a importância desse programa, mesmo na área pública governamental. Quando a gente fala com os agentes que integram o programa, há uma compreensão ainda muito tênue, que precisa ser aperfeiçoada. E também é uma política que o seu desdobramento efetivo nas comunidades, ela também precisa, ela não pode depender somente da saúde, então aqui a gente fala que é uma política pública, que se prestaria a uma visão assim mais que atravessasse as áreas e ela tem sido tocada quase que só exclusivamente pela área da saúde, que possivelmente seja impotente para abraçar tudo o que ela deveria, do que o próprio SISVAN, do que os próprios dados revelam (EC7).

O estudo mostra que os meandros do processo de implementação da VAN são bastante complexos, tanto na definição de prioridades como de conteúdos, há muitas dificuldades, envolvendo muitos conflitos. Os conflitos podem ser percebidos na fala da sociedade civil:

Especificamente sobre esta questão com relação à Política no Estado do Rio Grande do Sul nós vemos uma grande dificuldade. Quem toca essa política no estado é a secretaria da saúde, mas toda a nossa experiência junto a secretaria da saúde tem mostrado uma centralização muito grande dentro da secretaria da saúde e além disso, na centralização sempre há uma informação sobre falta de recurso, recursos insuficientes, então nós vemos que com o atual andamento da secretaria da saúde tem conseguido colocar é nós não sairemos desse patamar que nós estamos hoje que já referido aqui (EC7).

A questão da fragmentação tem sido um tema recorrente nas análises dos agentes quando avaliam as ações de vigilância alimentar e nutricional. Ao mesmo tempo, a segurança alimentar e nutricional obedece à lógica da setorização, que recorta o alimentar e nutricional em partes estanques sem comunicação e articulação, torna os problemas alimentares autônomos em relação às causas estruturais que os produzem, segmentando o atendimento das necessidades sociais.

Mas ainda, na minha opinião, falta a intersetorialidade entre as políticas, precisa aproximar mais, por exemplo a saúde da mulher, saúde da criança, saúde do trabalhador, Não transmissíveis, o próprio PSF, isto eu te diria que é a nível Brasil, a própria CGPAN solicita hoje que nós busquemos o fortalecimento das ações junto ao SUS para que se abreviasse o caminho para se chegar até a população, atuar junto aos profissionais que atendem no SUS, isto no nível central aqui de Estado ainda eu vejo como sendo pobre esta comunicação entre os setores e o desenvolvimento de ações multiprofissionais, multipolíticas, entre as ações, horizontalidade, a transmissão, realmente isto precisa melhorar no Estado (EC8).

Em consequência, traz sérias dificuldades para a ação pública dirigida à implementação de políticas redistributivas que tenham impacto na qualidade de vida e no alargamento dos direitos de cidadania. A transversalidade e a intersetorialidade na dimensão da intersecção da VAN com o componente da segurança alimentar, são questões frequentemente apontadas pelos agentes, como desafios institucionais.

Com base em pouca participação de eventos de planejamento e elaboração de estratégias na SES/RS, nos últimos anos verifiquei pouca inserção do SISVAN no conjunto das ações de saúde do Departamento, acompanhando a proposta de incorporação ao CEVS, como mais uma política entre outras vigilâncias, e não como uma proposta de atuação transversal do DAS. *Em relação ao* apoio institucional, vejo a necessidade de acabar com a fragmentação do planejamento de ações das CRS's, incorporando as políticas de RH para provimento e formação dos servidores nas Regionais de Saúde, com orientação e clareza de suas responsabilidades e atribuições legais. - Como já mencionei em respostas anteriores, a PAN está desarticulada de outras políticas estaduais, o que está refletido nas Coordenadorias Regionais de Saúde (EC4).

A implementação de uma política pública pressupõe a interação de coalizões promotoras, entretanto, *o maior desafio Institucional é integrar setores governamentais para além da Saúde, incorporando políticas de Abastecimento alimentar, política agrária, dar o toque alimentar a vigilância que tem sido só nutricional e ainda assim precária, pois detida somente em informes antropométricos (EN3).*

Hoje eu não consigo ver que esta política seja uma meta ou prioridade governamental e a segurança alimentar é outra questão, nós temos algumas áreas mais ou menos sensíveis a questão da segurança alimentar, não é prioridade ainda, tanto que não sensibilizou o governo que nós ainda não temos uma política estadual de segurança alimentar, nós temos ações, programas setorializadas esparsos e a maioria das vezes nem mesmo identificados como sendo programas vinculados de interesse da segurança alimentar (EC7).

O enfrentamento dos desafios postos pelos agentes entrevistados é ainda mais relevante se considerarmos a natureza transversal a várias políticas sociais de áreas como a Bolsa Família, que dentro das condicionalidades prevê o acompanhamento dos usuários no SISVAN, sendo absolutamente insuficientes seu planejamento e sua gestão de forma isolada do conjunto das ações sociais públicas.

O pouco conhecimento que tenho da participação das instituições representadas no Comitê (algumas vezes foi feita apresentação do sistema de informação da vigilância como se fosse um novo instrumento, apesar de estar em uso há muitos anos), me deixou perceber que não havia integração das ações do PBF com a VAN, muitas vezes inclusive havendo orientações duvidosas quanto à intersecção das ações. O PBF tinha um objetivo específico que não contemplava as ações da vigilância, mas incluía a vigilância como uma das condicionalidades do PBF. As dúvidas surgidas durante muito tempo nos municípios, e o desenvolvimento em paralelo de instrumento de registro de acompanhamento informatizado do PBF com a implantação do SISVAN dificultou em muito o trabalho dos técnicos municipais, que na maioria das vezes utilizava apenas o público do PBF para fazer a vigilância e cumprir suas responsabilidades, inclusive permitindo o aumento do índice de gestão para recebimento de recursos (EC4).

O Bolsa Família é um programa que seu objeto inicial é a redistribuição de renda e este é um dos grande problemas do nosso modelo de desenvolvimento, nós temos um modelo extremamente conservador de fonte de renda assim como temos, concentrador de terras, concentrador de conhecimento e como concentrador de poder político. Bom ele foi colocado como redistribuidor de renda - pensando na questão da alimentação e existem pesquisas que dão conta como isto se dá na realidade - mas ele também na segunda fase fala nas portas de saída, como passar de um programa mais compensatório - como se parte do compensatório para o estruturante, então como é que se coloca esta pessoa que recebe este programa numa situação que daqui algum tempo ela não precise mais receber este recurso, esta é a grande questão a passagem deste compensatório para o estruturante (EC7).

Mas para que essas possibilidades se concretizem, é fundamental que a perspectiva de interface entre as políticas sociais seja assumida pelos gestores governamentais nas três esferas de poder como uma prioridade de seus planos de ação. É preciso decisão política do

Executivo para a criação de instâncias organizativas que viabilizem a gestão intersetorial democrática e participativa, de forma a dar suporte às ações integradas entre programas e projetos sociais a serem priorizados, incluindo o planejamento e a alocação de recursos orçamentários para tal finalidade.

O Comitê Estadual Intersetorial do Cadastramento Único e do PBF atua de forma intersetorial, modelo que tem se repassado para todos os comitês municipais do estado. A Coordenação do Programa a nível Estadual tem dado todo o apoio necessário às condicionalidades da saúde – SISVAN. A distribuição de recurso IGD, conforme Portaria 148 do MDS, deverá ser planejada pelo Comitê intersetorial do Programa e aprovada pelo Conselho Gestor do Programa. O monitoramento dos gastos é feito pelo Conselho Gestor. Os conflitos existentes muitas vezes se devem ao descumprimento da legislação, desinformação de que o recurso é para a gestão do programa e não de uma ou duas Secretarias e pela falta de intersetorialidade. O Comitê Estadual tem buscado atender a demanda dos municípios, principalmente os que estão com baixa cobertura das condicionalidades (EC5).

Por outro lado, os implementadores nem sempre são os atores situados no topo da pirâmide política. Assim, o acompanhamento de uma política deve levar em consideração a existência de uma percepção precisa acerca da política que se implementa. Ou seja, nem sempre os indivíduos que atuam na implementação de uma política sabem efetivamente que estão trabalhando como implementadores de algo abstrato como uma política. Tanto os atores governamentais, como da sociedade civil, defendem a necessidade de um diálogo mais forte e coerente com todos os setores necessariamente envolvidos.

Eu acho que o Estado deveria mandar primeiro pros conselhos de saúde a política pra depois este encaminhar pros órgãos do município, porque muitas vezes o município não quer dar a devida importância pra aquilo porque as ações já estão focadas pro outro lado, e como eu te disse a gente tem uma noção básica lá na ponta eu não posso aceitar que a área hospitalar aumenta cada vez mais. Lá na ponta...eu não aceito isso. Tanto que a atual política deveria ir de encontro a esta questão, mas neste momento eu ti diria se ouvi não foi muita coisa sobre isto, por isto eu acho que deveria trazer pro conselho e o conselho ser um parceiro, e não começar uma coisa de cima pra baixo e sim de baixo para cima (EC9).

Nós já tivemos em algum momento numa reunião do CONSEA a divulgação a apresentação de alguns dados, mas isso anteriormente, nós não sabemos o que acontece dentro da secretaria, mas quando chega, a gente vê que continua sendo uma questão setorializada dentro da própria saúde e muito mais setorializada com relação às outras áreas, outras secretarias inclusive dentro do estado, então a nossa perspectiva de que essa questão possa mudar, não é uma perspectiva que possa estar circunscrita a saúde com a vinda agora do sistema de segurança alimentar do Estado do Rio Grande do Sul estabelecido pela lei 12.861 do ano passado. No mesmo ritmo se vê a política de alimentação, a gente vê a dificuldade, não só com o SISVAN de os setores, os gestores e a própria sociedade, se aperceber que as várias iniciativas oficiais ou da sociedade civil possam ser componentes de uma noção ou de uma intenção de segurança alimentar, por isso que eu lá no começo estava falando que o caminho da formação é um caminho ainda muito grande para nós (EC7).

Embora esses processos não possam ser garantidos no plano setorial, é importante que nesse nível sejam identificados os mecanismos que possam viabilizar ações intersetoriais e o trânsito concreto dos usuários a diferentes programas em diversas áreas. Entretanto, muitos dos desafios atuais relacionam-se ao contexto adverso, por exemplo, a falta de informação junto ao controle social *temos que divulgar, tem que ser macro as coisas, como falam os políticos capilaridade, porque hoje nós não estamos dando a devida importância pro assunto, por que dentro dos conselhos nós estamos basicamente trabalhando na assistência e a questão da alimentação e nutrição passa despercebida e isto eu posso te dizer a nível do Estado* (EC9).

Nessa concepção, um agente do controle social, com inserção no nível nacional e estadual, diz que no *Estado do Rio Grande do Sul, existem programas e ações que não estão articulados. Vejo que os governos têm compromisso sim, vem desenvolvendo trabalhos, mas ainda de um modo normativo, com frágeis exercícios de intersetorialidade, muito inconstante, ausente de integração e transversalidade das ações convergentes, distante de um projeto de política, mais grave ainda, sem pensar-se como um sistema. Restrito a guetos corporativos que puxam para si determinadas ações, o que empobrece em muito a grandeza do que temos que enfrentar pela frente, que é a Construção do SISAN, onde a VAN é uma entre as tantas ferramentas que assessoram esta implementação* (EN3).

Percebe-se, nas falas dos agentes, que as ações de VAN como indutoras de políticas de segurança alimentar necessitam ainda ser implementadas, que foram vários programas e ações pontuais, sempre alternando conforme o entendimento e prioridade de quem está na gestão. *Antes do programa cidadania alimentar que iniciou no final de 1999 até meados de 2002 o estado teve o PIA 2000, que era uma coisa interessante, que era o repasse de leite para crianças, depois ele passou para a cidadania alimentar que era uma cesta básica que abrangia idosos também, era suplementação, tentando trabalhar segurança alimentar, mas teve dificuldade de repasse financeiro, de recursos estaduais, mas foi neste período que realmente entrou este programa de abrangência nacional que foi então a Bolsa Alimentação, uma ideia interessante que depois de transformou em Bolsa Família* (EC8).

A questão normativa da política institucional aparece como umas das fragilidades a ser vencida e conquistada para avançar na implementação das ações de vigilância alimentar no Estado do Rio Grande do Sul. Um entrevistado do governo expõe que

Se nós já tivéssemos avançado pra esta questão de Lei da assembléia legislativa possivelmente estaríamos melhor ainda, mas ela vem crescendo, talvez pelo tempo de amadurecimento estejamos agora num ponto que daqui por diante a questão legal é fundamental. E complementa dizendo “eu te resumiria assim, numa ação forte onde nós pudéssemos intensificar as nossas ações, eu defendo a ideia de que nós sejamos aprovados e incluídos no Organograma Oficial da Secretaria de Saúde, através de Lei, da Assembleia Legislativa, eu creio que este será o nosso passo, uma vez que na prática, existe hoje dentro da secretaria, nós temos sala, um ambiente físico, nós temos profissionais, nós temos conceitos em todo Estado, em todas as regionais, nos falta agora o amparo legal. Quando tu perguntas aí como é que o estado vê isto, acho que falta o amparo legal, é uma questão de assembléia legislativa, agora, falta implantar a lei, incluir no organograma da secretaria, sim a partir daí permite cobranças e ações mais agudas, mais regionais (EC8).

As afirmações do entrevistado sobre o tema da institucionalização se complementam nos depoimentos a seguir:

Não acredito que a política esteja institucionalizada no Estado, baseada na minha visão de participação como área parceira em tecnologia da informação. Apesar de todos os projetos de implantação do sistema de informação, da geração de informações para gestão disponíveis na web, do desenvolvimento de ações para capacitação dos técnicos para uso destas informações e sua integração com outros dados municipais, não participei de nenhum momento de planejamento integrado para uso das informações de maneira transversal entre outras políticas do Departamento (EC4). Eu até diria que ela se encontra institucionalizada, mas meio burocraticamente tanto é que a gente não vê nos municípios, especialmente aonde se dá as coisas, a gente não vê assim evidências da incorporação da própria questão levantada das políticas do município (EC7).

Realmente eu acho que toda a política de alimentação e nutrição está vinculada as questões de promoção em saúde por isso eu coloco que de repente pode não ser a política de alimentação e nutrição no formato que ela está não sei se está sendo pensada, porque eu estou afastada da direção a quatro meses, mas se houver algum espaço dentro da estrutura da secretaria bem definido pra ações de promoção aonde a política de alimentação e nutrição seja contemplada eu acredito que se consiga dar continuidade ao processo que vem sendo desenvolvido (EC6).

Como já referenciado anteriormente e ratificado pelas falas dos atores entrevistados, todas as ações de alimentação e nutrição se situam junto ao DAS da SES como uma sessão e não como uma política, e ali se encontra a maior fragilidade institucional. *Na realidade a fragilidade é que ela não está dentro da estrutura administrativa da secretaria como uma sessão, como um órgão efetivo. A gente tem uma política pública sendo executada, mas não é uma [política], a gente chama de sessão no nível interno, durante todo o período a gente construiu um espaço físico, um locus, tirou de dentro da ESF e se constituiu um espaço físico, mas ela ainda não tem um caráter de sessão dentro do DAS (EC6).* Nela, encontram-se técnicos de saúde da área de nutrição, que respondem pelas responsabilidades institucionais de alimentação nutrição e auxiliam no encaminhamento de resoluções demandadas do MS.

Na realidade em 2003, quando eu assumi o Departamento de Ações em Saúde esta política era bastante incipiente... o valor e até a percepção que se tinha de alimentação e saúde era muito limitada, não tinha impacto a alimentação em saúde nas políticas públicas do estado. Já havia iniciativas dentro da própria secretaria, mas elas estavam vinculadas a um programa saúde da família. Naquele momento, em função das necessidades e da percepção diferente que eu tinha e até do contexto que se vivia, se criou um espaço próprio para o desenvolvimento das ações da política institucionalmente dentro da secretaria, ou seja, a política de alimentação e nutrição ganhou uma sala própria, do que se reproduziu na maioria das 19 regionais de saúde aqui do estado, então acho que se viveu e se teve oportunidade de se vivenciar um momento bem interessante no Rio Grande do Sul. De acordo com a estrutura organizacional da secretaria eu acho que esta é a maior fragilidade porque dependendo do gestor pode haver mudanças e estas mudanças podem vir a prejudicar o desenvolvimento das ações e podem não acabar porque eu acho que elas já têm um acúmulo dentro desta lógica então eu acho que esta é a maior fragilidade que eu percebo (EC6).

As responsabilidades institucionais do estado e dos municípios vão muito além do encaminhamento de resoluções do MS. *Ao Estado cabe estimular e apoiar as políticas de saúde, como no caso da Política de Alimentação e Nutrição, facilitando a sua implantação (apoio técnico-operacional), supervisionar a implantação, monitorar e avaliar os resultados alcançados, indicando aos municípios as necessidades de adequação para a melhoria do impacto. Já aos municípios, compete à execução propriamente dita, a identificação de prioridades no território, a partir do conhecimento da realidade, seja por indicadores epidemiológicos e/ou sociais (EC6).*

Defende-se a ideia que não há como separar a produção de informações (SISVAN) do processo de intervenção (política). Na realidade, como visto, o SISVAN⁶⁰ vem ganhando destaque nas últimas décadas como um instrumento importante na definição de grupos-alvo prioritários para as ações em saúde e nutrição (focalização), e se expande enquanto parte da política de saúde e nutrição, que vem se desenvolvendo ao longo das últimas décadas no país.

Além da execução da VAN, também deve avaliar os resultados, para redefinir as estratégias de intervenção, seja na própria implantação ou no perfil nutricional (subnutrição/obesidade, qualidade alimentar, etc.), que exigirão abordagens distintas. Além disso, em decorrência da mudança que vem ocorrendo no padrão alimentar das crianças e adolescentes, é extremamente importante a Saúde Municipal trabalhar articulada com a Secretaria de Educação municipal, na nutrição de escolares (EC6).

⁶⁰ Uma vez que a Vigilância seja implementada em toda a sua abrangência de indicadores, ela pode potencializar a articulação entre os setores de governo, fortalecer concepção ampliada da questão alimentar, nutricional e de saúde e contribuir para destinar os programas sociais para os grupos mais vulneráveis. Além disso, trata-se de instrumento fundamental para garantia do direito a informação sobre a situação alimentar e estado nutricional pelos cidadãos, emponderando-os a desenvolver o autocuidado e a cidadania alimentar (BRASIL, 2005c).

Pelo exposto, as responsabilidades estão colocadas. Entretanto, a atuação persiste setorializada, enfraquecendo o cumprimento das responsabilidades institucionais de cada ente e o desafio está em como provocar a intersetorialidade. Essa questão é colocada claramente pelos agentes *os passos para definição da política no Estado e nos Municípios devem ser definidos em conjunto com as representações dos gestores, tanto da saúde como das demais áreas de gestão municipal, profissionais de saúde e usuários do SUS, e principalmente entre as áreas técnicas da SES. O plano de metas a ser atingido deve ser elaborado com base na atuação das equipes profissionais dos Estabelecimentos de Saúde dos municípios do estado, utilizando como base os indicadores locais, estaduais, regionais e nacionais como parâmetros comparativos que permitam a avaliação do alcance das metas definidas* (EC4).

São 19 coordenadorias que possuem formas iguais de atuar, mas com intensidades diferentes, porque nós de alguma forma criamos toda a padronização. Muitas vezes, dizer que é tudo igual é uma certa burrice, mas nós criamos um protocolo assim, como nós temos um guia, como nós temos um folder educativo direcionado a população leiga, população em geral, como nós propomos as ações, como nós fazemos inúmeros eventos de capacitação das regionais, todas as regionais tem a formação praticamente igual o que diferencia é a motivação dos profissionais das regionais é a capacitação local lá, a capacidade dos profissionais que estão lá naquela regional, então temos disparidades regionais muito grandes, tem regionais que produzem muito e regionais que produzem muito pouco, mas eles tiveram a mesma formação (EC8).

Assim, na percepção dos agentes sociais, através da cooperação intergovernamental, será possível tornar a política pública nessa área mais eficiente e efetiva, de forma a permitir que uma competente colaboração ocorra e não a simples subordinação dos municípios ou estados a programas federais. A cooperação acontecerá na medida em que os entes governamentais assimilarem suas responsabilidades institucionais, que perpassam em *estabelecer coordenação, prioridades, desenvolvimento, monitoramento, adequação e pelo seu caráter continuado, dando todo o suporte orçamentário, humano e logístico para tal, devidamente pactuado com a escuta social e sofrendo adequações do controle social respectivo. Protagonizando pesquisas e estimulando estudos acadêmicos de suporte e aperfeiçoamento. Penso que estas atribuições são distintas entre o estado e o município, que carecem de concertação* (EN1).

As práticas de concertação, na percepção dos agentes da pesquisa, derivam de uma resposta diante da fase de incerteza vivida pelos estados-membros dentro do processo de unificação regional, seja em termos da política social, seja quanto às identidades políticas. Em consequência, como em todos os setores alvos de políticas sociais na saúde, essa *fortaleza* ou expansão exprime-se no aumento do poder regulador da ação estatal, as práticas ditas

descentralizadoras, uma das dimensões do estilo gerencial de gestão, têm tido por contraponto o aumento dos controles centralizados.

Uma das fortalezas é uma equipe estadual comprometida, que se soma as representações regionais. Acho que essas coisas do Bolsa Família também é uma fortaleza de qualquer forma porque ele potencializou a adesão. Outra fortaleza **foi à** política de alimentação e nutrição ter tido um financiamento nacional pra implementação do SISVAN e da política, mesmo no estado em si eu acho que este foi um ponto importante pra se dar, desenvolver todas as ações e se não tivesse financiamento e nas condições que o estado se encontrava a gente teria muito mais dificuldades de fazer as ações que foram feitas (EC6).

Dentre as potencialidades apontadas pelos agentes entrevistados, as mostras de experiências bem sucedidas em alimentação e nutrição a nível regional são tidas como um avanço importante. *Se existe amostra é porque foi feito algo, ou seja, houve sensibilização dos profissionais da área da nutrição e alimentação principalmente na área da saúde, houve sensibilização nos municípios, houve sensibilização nas regionais, houve intercâmbio pela regional e município e hoje a regional, a partir do trabalho realizado no município, realiza suas mostras* (EC8).

Desde 2003, algum avanço se teve, mas não é logicamente o avanço que gostaríamos que tivesse, a própria área da saúde é uma questão ainda - o SUS - apesar dos avanços obtidos a partir destes anos todos - é um sistema que requer avançar mais - mas eu acho que isto vai acontecer na medida que o processo de desenvolvimento nosso for se dando numa direção menos concentradora. Nós vivemos num país que onde o processo de desenvolvimento ainda é restrito a minorias né, eu acho que é nesta caminhada de ampliar este desenvolvimento - que outros países avançaram - é que nós vamos ter estas questões equacionadas (EC7).

Existe hoje já a habilitação tecnológica de todos os municípios para fazerem a captação do dado, então isto irá gerar os relatórios consequentes do status nutricional da nossa população, isto considero como sendo um dos grandes eventos, mas falta muito ainda pra que se torne um programa completo e que tenha assim uma confiabilidade estatístico e também epidemiológico pra que se possa realmente interpretar e aí gerar as ações de intervenção ou de promoção de educação de alimentação saudável (EC8).

Apesar de algumas iniciativas relevantes, é preciso viabilizar caminhos e alternativas que não sejam pontuais e esporádicos, mas que construam efetivamente uma agenda de articulação. Para tanto, será preciso adotar mecanismos de diálogo permanente com os atores governamentais e da sociedade civil em que saúde e nutrição nem sempre são prioridades práticas de políticas locais. Nesse ambiente, aparecem atores, com interesses e recursos distintos, que se envolvem em interações diferenciadas, com pautas de jogo, provavelmente distintas em cada política, gerando redes de interações e instituições que são incorporadas ou apenas servem de marco para o processo de implementação das ações de VAN. O conselho de SAN se caracteriza como uma instância em potencial para fomentar a interlocução.

O papel do conselho abrange quatro grandes questões, a formação e segurança alimentar, que sem a qual os conselhos não tem um fundamento para trabalhar, e talvez esta seja uma das maiores questões, maiores desafios para os conselhos, a formação não só de seus conselheiros mas também da comunidade em que se trabalha, e a abrangência do conselho. Porque de modo geral, a segurança alimentar ainda para muitos ainda é uma novidade, embora elementos dela já estejam, não só na compreensão mas também na prática das pessoas a muito tempo, só que geralmente os elementos que estão na compreensão e na prática são muito ligados ainda ao emergencial e ainda não a compreensão da segurança alimentar no seu dimensionamento do direito da alimentação, da soberania alimentar. Direito da alimentação e soberania alimentar ainda são conceitos ainda a serem bem trabalhados entre nós (EC7).

O papel de um conselho de segurança alimentar, pode ser situado em duas instâncias, primeiro uma mais geral, o papel do conselho é trabalhar para que se estabeleçam políticas públicas de segurança alimentar. O segundo ponto deste papel dos conselhos para nós eles se referem a articulação. E o terceiro papel mais específico do conselho, seria a questão, da proposição, de mediante o conhecimento que detém e as relações que se estabelece, o conselho tem assim quase como obrigação de ser uma estância propositora de políticas públicas e de segurança alimentar, e ai então a proposição é como se fosse aquela parte do conselho que começa a sair dele e ai então se projeta colocando então as suas posições e suas colaborações com relação a políticas públicas voltadas para a segurança alimentar. E uma quarta, quarto papel do conselho, é aquele que nós chamamos de controle social, uma vez compreendida a segurança alimentar, uma vez articulada as questões de segurança alimentar, uma vez feita as propostas, o cuidado e o dever como é que estas propostas estão sendo implementadas, se estão sendo implementadas na compreensão da segurança alimentar se precisa de ajustes...esse quarto plano de trabalho CONSEA seria referente ao controle social...acho que seria essas as primeiras considerações sobre essa questão (EC7).

Na perspectiva colocada, o papel do conselho seria fomentar o processo de construção da cidadania como um direito social e, a SAN, como parte constitutiva desse direito. Essas prerrogativas fomentam debates que caracterizam a maneira seletiva e desigual de comer, viver e morrer e suscitar caminhos de resolução da problemática alimentar e nutricional da região, ou seja, a segurança alimentar como um direito social, em substituição ao paradigma filantrópico, ainda predominante. Todavia, na percepção dos agentes, ainda carece o controle social transcender as questões e reivindicações específicas de seu campo temático. Nas falas dos entrevistados, os conselhos, de modo geral, são tidos como muito ciosos de suas áreas.

Os nossos conselhos ainda atuam muito no âmbito das suas especialidades, há uma sinalização forte, inclusive da última conferência nacional de segurança alimentar de que os CONSEAS sejam provocadores de um relacionamento mais amplo com outros conselhos da área social, nós costumamos brincar aqui dizendo que independente de conselho, qualquer que seja o assunto de conselhos, as pessoas com as quais esses conselhos estão preocupados, seja com idosos adolescentes, crianças, mulher, portadores de necessidades especiais, as pessoas todas elas comem, então a alimentação naturalmente é um tema transversal entre os conselhos, mas eu te diria que, nas incursões que a gente tem feito junto aos outros conselhos, a gente observa que não é uma prática ainda de abertura de outros conselhos para tratar a coisa transversalmente (EC7).

Não foi possível observar a participação da maioria das instâncias, no nível estadual, pela atuação do DATASUS em conjunto com a PAN/RS. Porém, por coordenar o desenvolvimento de projeto de formação de conselheiros municipais de saúde em informação e informática do SUS, incluí no conteúdo programático o tema da VAN, por meio da apresentação dos dados produzidos pelos estabelecimentos de saúde dos municípios do Estado, bem como o fluxo da coleta destes dados e produção da informação (EC8).

No campo estrutural, percebe-se que as articulações entre as experiências analisadas ainda são frágeis e nenhuma iniciativa contundente de concertação foi empreendida até o momento. Da mesma forma, o CONSEA, órgão composto por representantes governamentais e pela sociedade civil com a finalidade de estabelecer diretrizes e ações na área alimentar e nutricional; bem como a criação dos Consórcios de segurança alimentar e desenvolvimento local (CONSAD), organizado através da associação entre municípios, com participação da sociedade civil e do poder público local, ainda não possui uma concepção clara das ações de vigilância alimentar e nutricional.

Uma das grandes fragilidades ainda é compreender-se que todos os conselhos da área social indiretamente ou diretamente, tratam da questão de segurança alimentar. Esta é uma compreensão que ainda está por ser avaliada. Outra questão que a gente nota é que talvez imersos no próprio objeto de cada conselho, as pessoas de modo não atentam para as relações que aquela questão do próprio conselho tem com outras áreas, então os conselhos tendem muito a tocar as coisas sozinhos por objeto de sua área, e uma terceira questão é que de modo geral os conselhos trabalham muito na compreensão de uma emergencialidade, e haveria uma quarta questão, parece que o próprio o papel dos conselhos nas diferentes especialidades que trata, não está muito claro. Nós temos ido por exemplo em alguns municípios, temos feito algumas reuniões nas regionais, provocadas pelo CONSEA municipal, onde outros conselhos são chamados para participar e não é muito comum os conselhos saberem pra que eles mesmos existem - instância de democracia participativa derivada da constituição de 88 - com função específica de buscar em políticas públicas - muita dispersão de objetivos de entendimentos de papéis e objetivos - muitos conselhos que se conduzem mais como executivos de como propositivos e a outros conselhos que não abraçam toda aquela dimensão que aquele objeto do seu trabalho, numa dimensão assim mais estruturante ficam muito nas emergencialidades, acho que estas são algumas coisas que a gente tem observado que são próprias do CONSEA mas que também se verifica em outros conselhos. Nós temos exemplos, não só na área dos CONSEAS, mas da área dos CONSADES, que são os consórcios regionais da segurança alimentar e desenvolvimento, enquanto não houver uma compreensão mais clara sobre segurança alimentar, nós vamos continuar repetindo, nas nossas políticas, nos nossos projetos, nos nossos programas e nas nossas ações as velhas concepções com as quais temos trabalhado, e que eu torno a dizer que são via de regra, emergências e muito setorializadas (EC7).

O enfoque do desenvolvimento territorial é uma opção política dos CONSAD, uma vez que se pretende fomentar a formação de capital social e humano, agregar valor aos produtos nas diversas cadeias produtivas, modernizar as ações do setor público local através do estímulo e aumento da participação popular. Esses consórcios são implantados a partir de uma

estrutura decisória baseada em fóruns e órgãos colegiados, cujos encaminhamentos são produtos de negociações e de acordos entre os atores envolvidos.

O estado possui três consórcios, um na região metropolitana, na região centro-sul e na região das missões. Esses consórcios se debatem com o mesmo problema que nós estamos levantando aqui com relação ao SISVAN, eles estão concorrendo a editais que oferecem recursos e condições para o desenvolvimento de programas regionais de interesse da segurança alimentar, mas na maioria dos casos os programas tem sido muito tênues, comparados com a proposta de segurança alimentar. Eu não tenho ideia de que nenhum dos três consórcios tenha se atido a questão da saúde, eles estão trabalhando mais, pela própria acho vocação de seus componentes para a área de produção de alimentos, mais para a cadeia alimentar. Pelo tipo de projeto que tem passado aqui pelo CONSEA, que a gente sabe que passa pelos conselhos municipais também, ainda há setorialização não da saúde, mas na agricultura (EC7).

A política do Estado é mais centralizada, com o foco mais no assistencialismo, na resposta ao pronto atendimento da demanda. No Estado se vive uma situação como crítica hoje com os conselhos, principalmente com os regionais, hoje dentro do conselho de saúde existe um grande problema, dentro dos conselhos regionais pode-se dizer que não há uma posição muito clara em relação aos conselhos regionais. O Estado está pior que nós, nós como conselho regional nós queremos uma reestruturação do Conselho Estadual, justamente para adequação, não se pode cobrar dos conselhos regionais, se o conselho Estadual não está Estruturado. Nós temos este embate no Conselho Estadual de Saúde, ti digo que está sendo muito pouco discutida a questão da saúde no Conselho Estadual de Saúde. Vamos dizer que o Conselho está rachado, completamente rachado hoje e a gente esperava uma posição da promotoria pública, nós fizemos uma denúncia, em ainda não temos uma resposta ou posição da promotora, a um consenso da necessidade da uma reorganização (EC9).

Percebe-se que, a segurança alimentar e nutricional não representa uma prioridade, seja da parte das instituições regionais, seja das instituições locais implicadas nos distintos processos. Percebe-se falta de clareza a respeito das funções dos conselhos, o que revela a existência de desajustes entre as esferas de governo (federal e estadual) e enfraquece as propostas oriundas desses espaços de debates relativos à segurança alimentar. Processo semelhante foi identificado no estudo de Trentin, Anjos e Schneider (2003-2005), que tem como foco os territórios do Rio Grande do Sul, especialmente nas Missões e Zona Sul. O estudo revela fragilidades nos discursos dos agentes políticos e aponta que mesmo que as políticas públicas sejam consideradas prioritárias, pouco se revelam em propostas efetivas e aprovadas. Registram ainda um individualismo em seus projetos aprovados, ou seja, cada entidade ainda continua pensando no seu território e no seu público. Muitas entidades parecem que competem na região e o que importa é a quantidade de recursos aprovados no ano, não o objetivo.

Essas políticas são ainda novas e por isso, talvez, não sejam visualizados grandes avanços no processo de tomada de decisão e de planejamento regional. No entanto, alguns aspectos operacionais podem ser apontados, seja por terem suscitado polêmicas entre as

instituições envolvidas, seja por apresentar uma frágil articulação com as demais ações intermunicipais em curso.

Como o Presidente Lula colocou a questão da alimentação na agenda política, eu acho que nós temos que achar uma maneira de colocar esta questão na agenda política do estado. O Brasil está hoje internacionalmente caracterizado por esta agenda. Mas nós não conseguimos que os estados brasileiros caracterizem-se - com algumas exceções né - nem os municípios nossos aqui no Rio Grande do Sul. Esta questão tão fundamental que é o alimento, alimentação e nutrição, estas questões não estão colocadas como agenda política, são agendas paralelas. Então eu acho que o grande desafio do CONSEA NACIONAL, DOS CONSEAS ESTADUAIS E DOS CONSEAS MUNICIPAIS é colocar esta questão como agenda política também, e agenda política não só para o governo, uma agenda política para a sociedade civil também (EC7).

Nesse contexto, ao mesmo tempo em que é preciso que sejam tomados alguns cuidados para que não haja esse tipo de apropriação indevida das ações governamentais, a administração pública não pode prescindir da articulação com os atores locais, principalmente pelo quadro de precariedade pela qual passa o serviço público. Draibe (1989) coloca que as instâncias de participação e controle social expressam esforços de redemocratização, difusão da noção de direito e exercício da cidadania, incorporando segmentos antes excluídos do processo decisório, no entanto o estudo evidencia que ainda persistem resistências culturais e comportamentais que se colocam como limites importantes na efetivação de formas mais democráticas de gestão. *Hoje a sociedade civil está desorganizada, eles não sabem quais são as políticas das regiões, eles conhecem as políticas de Porto Alegre, tudo é direcionado ao nível central e não ao nível das regiões, já ocorreu de o Conselho travar alguns projetos por entender ser mais interessante para eles e não para a sociedade. Cada um puxa pro seu lado (EC9).*

Convém que o conselho seja um órgão articulador, tanto de personalidades como de instituições, que tenham interesse ou interface com a segurança alimentar, pela abrangência do tema, que o tema segurança alimentar proporciona, pela interdisciplinaridade e pela intersetorialidade que ele contempla, é não se pode conceber agentes de segurança alimentar ou uma política de segurança alimentar ou programa de segurança alimentar que sejam restritos a poucas pessoas ou a poucas entidades, quanto mais ampla for essa conexão, quanto mais ampla e interdisciplinar for melhor; ai então o papel do conselho de buscar articulação dessas entidades que existem e dessas pessoas que existem e que se dedicam a segurança alimentar direta ou indiretamente, então, formação, articulação (EC7).

Apesar dos desafios, uma atenção especial merece ser devotada às arenas por constituírem-se em inovações institucionais que podem impactar significativamente as relações entre Estado e organizações sociais. O êxito das políticas públicas depende não só de mecanismos e recursos institucionais e financeiros, mas também da mobilização dos meios

políticos para sua execução. Um agente estratégico do nível governamental relata que *tem espaços que ainda não foram utilizados efetivamente, como os conselhos, a FAMURGS, as Reuniões com os Delegados, mas não me lembro de termos, eu acho que foi uma apresentação que se fez neste período que eu estive lá, nos de seis anos que eu estive no estado, no conselho estadual na lógica do SISVAN, se não me engano foi uma ou duas vezes que eu me lembro. Acho que a própria Bipartite é um espaço interessante de serem sensibilizados, estes são espaços ainda a serem fortalecidos* (EC6).

O enraizamento das políticas em um espaço público, que transcende a esfera estatal, reforça a possibilidade de políticas de longo prazo com repercussões sobre a eficiência e a efetividade das políticas implantadas. *Os resultados das Conferências se constituem em importantes instrumentos guias para a construção das políticas públicas a que se destina. Entretanto, nem sempre servem de base de consulta para os atores governamentais atinentes. Requer-se que os movimentos sociais interessados pautem estas demandas para os setores governamentais, das suas mais diversas formas de mecanismos de sensibilização e pressão* (EN3). *Sabe, o ideal das Conferências é dar um retorno para os conselhos, acho que isto é fundamental para auxiliar na implementação das políticas, por que se não todas aquelas resoluções, algumas se transformam em lei outras não, mas poderia dar um retorno melhor se tivesse esta preocupação* (EC9).

Um dos grandes desafios que estão colocados hoje é a articulação da política de alimentação e nutrição com as ações de promoção em saúde de forma mais ampliada, envolvendo atividade física e fazendo com que as ações realmente se potencializem e se articulem e aí o setor saúde sozinho não dá conta. Pensar as ações de promoção envolve uma articulação intersetorial, a saúde ainda tem muito o perfil de tratar a doença, os próprios trabalhadores da saúde não têm a cultura de trabalhar com ações de promoção, então a escola exerce um papel importante na formação da criança e do jovem. Então eu acho que a gente tem que buscar parceira, primeiro dentro da própria instituição das ações de promoção e junto a estratégia saúde da família, eu acho que a estratégia saúde da família tem muita, já vem desenvolvendo em algumas mobilizações muito interessantes (EC6).

Para enfrentar o desafio de mudar o padrão de eficácia das políticas sociais, é imprescindível a formação de alianças entre todos localizados dentro e fora da administração pública: dirigentes, técnicos, prestadores e usuários dos serviços que querem melhorar a qualidade de vida dos cidadãos. A ideia de transversalidade que perpassa mais recentemente os debates sobre políticas de segurança alimentar aparentemente está vinculada a essa noção de intersetorialidade. A eficácia das mudanças, entretanto, depende de que a proposta seja uma construção coletiva e de um projeto politicamente consistente (BURLANDY, 2003).

As ações de SAN não podem ficar restritas a uma política de governo porque precisam ter mecanismos institucionais que garantam a articulação necessária a sua instituição de maneira permanente como política pública. Os conflitos e as alternativas inerentes ao esforço de promover tais mudanças, na esfera pública municipal, têm peculiaridades em cada local. É importante, além disso, ter o referencial da questão espacial e o conjunto dos Entes Federativos, considerando a magnitude da implantação, em especial na área da saúde, o que, necessariamente, emerge como tarefa para mais de um governo, com isso pressionando na direção da montagem de uma escala de prioridades. *As políticas devem ser desenvolvidas com participação e controle social e necessitam instrumentos de monitoramento e avaliação quantitativos e qualitativos, além de mecanismos de responsabilização legal para exigência do cumprimento das metas e incentivo à boa gestão (EC4).*

O Estado teria que assumir a Política de Vigilância Alimentar e eu vejo que os conselhos poderiam auxiliar neste caminho, desde que tenham um fórum de discussões. Bom eu acho que dentro dos fóruns, o Conselho Municipal deveria tomar pé da política, aí entra numa questão muito complicada no município, a questão assistencialista, está muito presente, não to me referindo a este ou aquele governo, mas os governos centralizam isto como uma forma de arregar votos, está muito claro isto, a gente ouve isto, apenas falas, hoje qual foi o partido que está disputando eleição aqui no município que discutiu projetos. Eu vejo assim, se não se discute em nível dos municípios não é preciso se discutir em nível do Estado. Se você tiver um trabalho forte no município ele também vai repercutir a nível estado e governo federal. Se digo, que está sendo muito pouco discutido saúde, quando se fala saúde tem que se falar em termos mais amplos, e não está se discutindo saúde no Conselho Estadual. Esporadicamente ela surge assim como um comunicado a título de informação, por exemplo, quando da época da Conferência em Segurança Alimentar ou quando se discutiu pactuação que aflorou alguma coisa, mas depois disto não. Na época da pactuação nós formamos um grupo de trabalho composto por mais ou menos vinte e poucas pessoas mais os técnicos, que apresentaram a pactuação e após isto não houve mais o retorno (EC9).

Na análise dos agentes sociais, o conjunto de indicadores da situação alimentar e nutricional, hoje disponíveis no estado, não é usado no direcionamento das ações de saúde e nutrição.

Visualizo a necessidade da sensibilização quanto à importância do uso da informação como insumo para gestão, o que aparece dissociado da atividade técnica dos servidores – ou sentem-se responsáveis pelas ações definidas nas diretrizes técnicas (orientação para coleta de dados antropométricos e orientação para os usuários da rede de atenção em relação à alimentação saudável e outros aspectos do cuidado), ou sentem-se responsáveis pela operacionalização do sistema de informação. Mas as maiores dificuldades são a falta de planejamento integrado para uso da informação, o que permitiria implementar ações de coleta e uso dos dados produzidos, bem como a ausência de monitoramento e avaliação sistematizado das ações municipais de implementação da política por parte da Regionais de Saúde (EC4).

No meio ao emaranhado de contrastes, é preciso avaliar em que medida as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio vêm sendo efetivadas nos municípios do Rio Grande do Sul.

Na realidade, as políticas de saúde desenvolvidas no RS, estão relacionadas aos objetivos do Milênio, do qual o Brasil é signatário. Em relação ao item 01, reduzir a fome e miséria no mundo, acredito que estamos indo bem, pois não há fome generalizada no país/estado, temos regiões em determinados municípios que tem dificuldade de acesso aos alimentos e encontram-se abaixo da linha da pobreza. A saúde vem fazendo a sua parte, mas estas metas necessitam de ações intersetoriais, o setor saúde não dá conta sozinho, pois a complexidade do problema exige esforço dos governos municipais, estaduais e nacional, além da sociedade em geral. Acredito que as que estão mais implementadas são as de redução da mortalidade infantil e materna, combate a AIDS e outras doenças endêmicas. A desnutrição/subnutrição infantil vem sendo enfrentada através do Bolsa Família do Governo Federal, mas necessita de ações locais para o seu efetivo funcionamento (EC6).

Para trabalharmos nos objetivos propostos do Milênio nós precisamos de dados, nós precisamos do SISVAN, nós precisamos saber qual é a realidade realmente o status geral, o status geral eu me referi assim, alimentação como um todo, nutrição como um todo, como a nossa população é nutrida, que carências ela têm, nós precisamos saber, porque a partir destes dados nós nos fortaleceremos mais. O nosso problema é econômico financeiro, eles não têm acesso, nós temos problemas de abastecimento, nós temos problemas de regiões onde o acesso ainda a variedade de alimentos é pobre, na medida em que nós tivermos isto mais mapeado, tivermos isto mais estabelecido aí sim a proposta de ações fica muito mais fortalecida (EC8).

Nós estamos num momento de pouca reflexão sobre isto, Metas do milênio- se agente quiser no macro mesmo tem que ouvir o que está sendo dito, que nós estamos num momento de crise de um modelo. Um modelo que é especulador... na área de gestão de recursos né , ele é insustentável por que ele depende de matrizes finitas e ele é predatório, tanto no ambiente, tanto no social ele é excludente. Então neste momento, que se diz que é uma crise de elementos e se diz que é uma crise de todo o sistema financeiro econômico financeiro estabelecido, eu acho que é um momento de reflexão para ver como é que nós saímos deste modelo que instalou um sistema de vida, um suporte de vida para outro modelo mais sustentável, mais solidário, menos competitivo, menos especulativo, acho que só através dito que a gente vai ter assim uma outra visão de desenvolvimento e é o estão dizendo, estão fazendo análise, dizendo que estamos num momento de transição de crise deste modelo que está se mostrando insustentável para um outro modelo mais sustentável (EC7).

Assim, torna-se imperativo retomar os processos de pensar as políticas públicas em prazos largos, para, pelos menos, os quatros anos de um governo. O referencial fundamental parece ser a erradicação dos imensos déficits sociais que a sociedade apresenta. Esse movimento de planejamento das ações deve ser tanto para fora do Estado, ou seja, para a sociedade, como também para dentro das estruturas administrativas, em especial àquilo que é chamado de custeio, visando potencializar recursos existentes. Além da questão de uma melhor alocação dos recursos públicos, a adoção de uma visão de longo prazo amplia o grau de legitimidade governamental junto aos atores sociais.

O compromisso dos gestores e profissionais de saúde, traduzido no Pacto em Defesa da Vida, definindo como metas a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento da atenção básica, a promoção da saúde, a incorporação das diretrizes da política de alimentação e nutrição nos três níveis de gestão do SUS, a ampliação da cobertura do acompanhamento das condicionalidades da saúde dos beneficiários do PBF, o monitoramento da situação alimentar e nutricional com objetivo de reverter o perfil nutricional da nossa população que está em risco e que vive em insegurança alimentar, entre outras ações, apontam em direção ao cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (EC5).

Os compromissos firmados para alcançar os objetivos de desenvolvimento exigem maior incorporação das diretrizes da política de alimentação e nutrição nos três níveis de gestão do SUS, a ampliação da cobertura do acompanhamento das condicionalidades da saúde dos beneficiários do PBF, uma prática de atenção básica que inclua o monitoramento das condições de alimentação e nutrição da população como responsabilidade sanitária, permanece ainda como desafio e representam uma possibilidade de organização de processo de trabalho em nutrição e saúde pública que venha a impactar de forma favorável o pleno desenvolvimento nutricional das pessoas e a SAN do país.

Quase no limite do prazo fixado para a implementação dos ODM, pode-se verificar que a boa vontade anunciada na virada do milênio não tem aparecido em ações concretas, geradoras de resultados. O Estado do Rio Grande do Sul precisa urgentemente acordar para a uma VAN contínua e com base local, ampliando a capacidade do setor saúde em focalizar ações e um modelo de atenção à saúde. Trata-se de um círculo virtuoso, indivíduos bem alimentados têm maior disposição, desenvolvem melhor suas potencialidades, capacitam-se para o trabalho, conseguem uma ocupação que traz riqueza para a região e/ou estado, obtém maior renda e, conseqüentemente, alimentam melhor sua família. Esse é o círculo em que se almeja que o Rio Grande do Sul ingresse.

Para avançarmos, é necessário fomentar uma rede de gestão estadual. Até o momento, os agentes potencializadores no nível central do estado, tanto do nível governamental como da sociedade civil, atuam de maneira segmentada e pouco articulada. Constatamos que a implementação das ações ocorre da sessão da alimentação e nutrição do nível central, induzida pelo nível nacional para as regionais de saúde que têm o compromisso de sensibilizar, capacitar e fomentar a implementação nos seus municípios sedes. Para entendermos melhor como essa cadeia se estrutura no Estado do Rio Grande do Sul e avaliar as potencialidades e fragilidades, estão, a seguir, as percepções dos agentes envolvidos nos espaços, sendo esses, o elo utilizado pelo nível central para efetivar as ações de VAN.

6.3 Visão institucional da implementação nas regionais de saúde do estado do Rio Grande do Sul

O Rio Grande do Sul está dividido, administrativamente, em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, e, dentre suas funções, está o apoio institucional para a implantação nos municípios de sua abrangência de políticas públicas, entre elas a VAN. O nível central repassa os processos burocráticos da política para as 19 regionais de saúde através de normatizações expressas em leis, decretos, regulamentações e normas tendo por objetivo maior a implementação da política, segundo os princípios do SUS. O processo de implementação da VAN nas regionais de saúde envolve uma rede complexa de atores situados em diferentes agências governamentais e societárias que atuam sob condições políticas, econômicas, institucionais e sociais específicas. Esse resultado pode modificar a concepção originalmente formulada. Portanto, a nossa análise buscará os pontos críticos do processo, observados pelos Técnicos Implementadores nas Regionais de Saúde (TIRS).

Cabe mencionar alguns problemas institucionais que afetam a implementação: a descontinuidade político-administrativa, o traço histórico característico da administração pública, técnicos sensibilizados, RH suficientes ou até mesmo vontade política. Das 19 regionais de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, três não participaram por não ter um técnico responsável pela política na regional no momento da coleta de dados (junho de 2008). Esse fato demonstra uma fragilidade institucional no momento da implementação ficando os municípios à mercê das regras e normas encaminhadas do nível central, muitas arquivadas ou não compreendidas na sua integralidade.

Em relação ao início da implementação da política nas regionais, não houve um período uniforme entre as mesmas a nível estadual, sendo que o período relatado pelos técnicos entrevistados variou de quatro (4) meses a doze (12) anos (40 % das regionais relataram ter iniciado há 4 anos, 19% a 12 anos, 14% em torno de 8 anos e 16 % a 9 meses). Outro fator observado são funções deslocadas entre os técnicos responsáveis, por exemplo, 5 regionais de saúde possuem agentes administrativos como responsáveis pela política. Destaca-se, também que todos os responsáveis pelo processo de mobilização dos municípios possuem muitas responsabilidades concomitantes, além da VAN, possuem em média de quatro (4) a cinco (5) políticas/programas, e essas demandam tempo para a organização e monitoramento das normas e dos procedimentos técnicos.

Recursos Humanos suficientes e mobilizados são condição essencial para uma boa implementação e, neste estudo, os técnicos são forçados a assumir responsabilidades até então não exercidas, desestimulando e dificultando a adesão no território. A dificuldade relatada pelos técnicos se refere à *atuação em muitas políticas paralelas, alta rotatividade dos profissionais dos municípios e excesso de atividades concentrados em determinados profissionais: enfermeiros, nutricionistas (TIRS)*. Ao mesmo tempo, o acúmulo das atividades faz com que o técnico escolha e priorize mais uma política/programa do que outra, ou seja, a escolha segue uma identificação pessoal, sendo que para as demais políticas o tempo permite apenas o repasse das normas encaminhadas do nível central para o nível municipal.

Além das dificuldades específicas dos técnicos, outras são consideradas importantes na percepção dos técnicos implementadores nas regionais de saúde e devem ser analisadas no contexto em que as mesmas estão inseridas, pois interferem na implementação, sem que tenham influência, autoridade ou dependam da atuação dos mesmos.

Alta rotatividade dos profissionais dos municípios - Substituição dos responsáveis pelos programas nos municípios; comprometimento dos profissionais responsáveis nos municípios; profissionais com sobrecarga de funções. Gestão municipal não comprometida. Decisões/apoio dos gestores municipais, dos profissionais de saúde, ou seja, aceitação das ações do programa. Interesse dos gestores, envolvimento dos profissionais das Unidade Básica de Saúde (UBS) e não só da coordenadora municipal, que é o que se percebe. Apoio das Chefias (CC) Políticos. Falta de visão sistêmica em relação à VAN,, levando em consideração a atenção integral à saúde; fragmentação de ações; pouco compromisso e envolvimento por parte dos gestores, profissionais, controle social (compreendo que também depende da atuação do coordenador regional). Troca dos Profissionais responsáveis no município, acúmulo de funções dos profissionais responsáveis nos municípios, falta de conscientização do gestor municipal em relação a importância da PAN.Sensibilização do gestor e comprometimento da coordenação da política Fragmentação de ações - Sensibilização e apoio dos gestores comprometimento dos profissionais responsáveis nos municípios. (TIRS).⁶¹

Ao serem solicitados para classificar em ordem de importância as estratégias mais relevantes para obter uma boa implementação, ou seja, um bom funcionamento da política, apontaram que a implementação deve ser acompanhada de uma boa sensibilização, seguida da capacitação para, posteriormente, coordenar e monitorar o processo (Figura 4).

⁶¹ As respostas dos Técnicos Implementadores da Política nas regionais do RS (TIRS) compreendem respostas a questões abertas de questionário específico para esta categoria de atores – Apêndice F. Cada parágrafo abriga, portanto, respostas de vários respondentes.

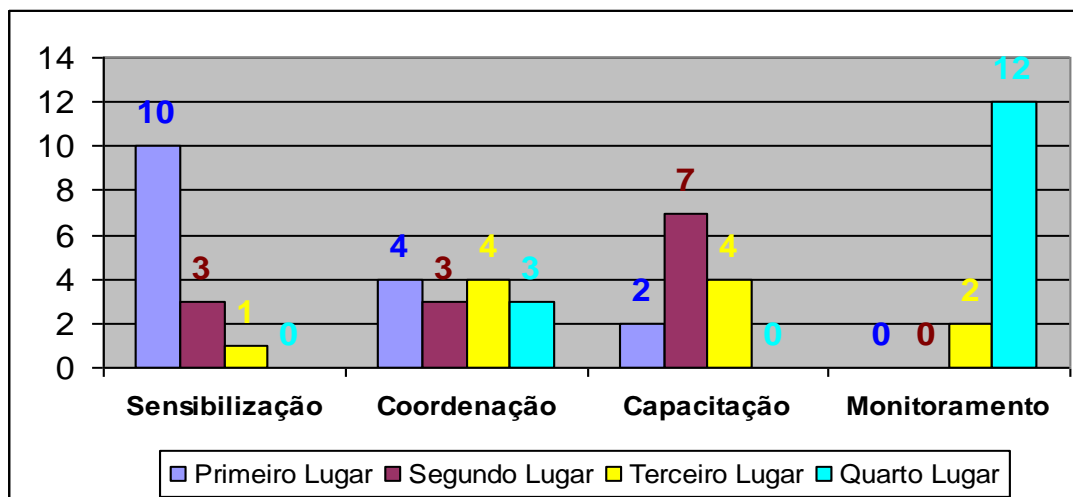


Figura 4. Distribuição em ordem de importância das ações de coordenação, sensibilização, capacitação e/ou monitoramento como estratégia de obtenção de melhores resultados nas regionais de saúde na organização da implementação da PVAN na região.

Fonte: Pesquisadora

Na descrição dos procedimentos mais gerais adotados pelos técnicos na sua regional de saúde, na organização da VAN na região no momento de sua implementação sob sua responsabilidade, constatamos fragilidades institucionais bem como um fraco compromisso público com a implementação da política.

Reuniões para o repasse das informações. Nenhum: porque houve um fato interno que causou o bloqueio da minha senha impossibilitando qualquer acesso ao meu PVAN. Capacitação dos profissionais sempre que houver alguma informação nova ou julgar necessário e o suporte técnico aos profissionais. Treinamentos e assessorias aos municípios na área técnica e de informática. Realizamos reuniões com responsáveis nos municípios de acordo com a necessidade, monitoramos os municípios mensalmente e procuramos sensibilizar os gestores municipais nas questões da PAN. A instalação de uma comissão para desenvolver o PVAN, mas somente no papel; Reuniões com os responsáveis nos municípios e agendamento de visitas esporádicas; Realizamos orientações aos municípios através de visita técnica 1 vez ao ano e reuniões na CRS Sensibilização, assessoria (in loco e por telefone) capacitações, monitoramento; Reunião Técnica Ações de sensibilização, capacitação, educação continuada, monitoramento, avaliação, busca de intersetorialidade integrado a uma política de segurança alimentar. Assessoramento nas CRS, reuniões com os coordenadores; Busca de intersetorialidade integrado a uma política de segurança alimentar nas ações desenvolvidas; Capacitação e Oficinas de Integração com os Técnicos Municipais responsáveis pela Política e profissionais da rede (TIRS)

Os depoimentos marcam uma dissociação das práticas, ou seja, cada técnico possui uma concepção da política e todos partilham uma visão muito técnica dela. Se o objetivo político-ideológico das ações em VAN com a SAN implica uma proposição renovadora das estruturas e funções do governo e da sociedade, na prática, o que se observou pelo discurso é que as

intervenções a partir do uso do SISVAN ainda são frágeis. Percebe-se que os técnicos implementadores possuem essa consciência, clamam por um trabalho que vise a intersetorialidade, mas o que parece é que os mesmos não estão preparados ou não sabem por onde começar, talvez pelas várias responsabilidades que possuem. Ao selecionarem os procedimentos considerados como os mais importantes no momento da implementação da VAN, o discurso dos técnicos reforça a carência técnica e visão política tão necessária nos espaços de articulação.

Impossível de precisar. Suporte aos profissionais. Sensibilização dos gestores municipais e monitoramento dos municípios. Assessoramento aos municípios - Visitas de supervisão. Visita Técnica nos municípios Sensibilização junto com profissionais das UBS e gestor. Educação continuada/intersetorialidade. Reuniões periódicas com os coordenadores municipais. Sensibilização e comprometimento dos técnicos envolvidos Intersetorialidade nas ações de segurança alimentar Apoio e Monitoramento das ações e sensibilização dos gestores municipais nas questões da PAN (TIRS).

Portanto, percebe-se, em relação à atuação das regionais de saúde sobre os municípios da sua área de abrangência, com respeito ao conjunto de responsabilidades institucionais e estratégias de atenção à saúde, com a PVAN, que as fragilidades e potencialidades podem estar repercutindo negativamente no processo de colocar a política em ação, pois ambas parecem estar competindo entre si, como pode ser constatado no quadro acima. Diante desse processo, podemos dizer que a diversidade de contextos envolvidos na implementação da VAN está desencadeando ações diversas na prática. Segundo Silva (1999), são marcadas pela imprevisibilidade e renegociações, sobretudo em estados federativos, onde o resultado das negociações entre os atores passa a ser o conteúdo das políticas. Da mesma forma, Lindblom (1981:60) diz *que os formuladores de políticas fazem é permitir que os responsáveis pela implementação determinem muitos elementos da concepção que apenas esboçam.*

Nessa lógica, podemos dizer que o formato institucional é um fator importante a ser considerado nas avaliações acerca da maior, ou menor capacidade ou potencialidade democrática no momento da implementação. Esse processo foi reforçado nas potencialidades e fragilidades na visão dos técnicos (Quadro 7).

<p>Potencialidades: Comprometimento dos técnicos da Regional e dos municípios.</p> <p>Fragilidades: Regional muito grande.</p>
<p>Potencialidades: O gestor da CRS é sensível a todas as questões da área e não impede a realização de qualquer ação; coordenadoria com poucos municípios, então fica mais fácil o monitoramento dos municípios; todos os municípios têm profissional nutricionista na coordenação ou apoio nas ações; Excelente relacionamento da CRS com todos os municípios.</p> <p>Fragilidades: Tenho coordenação de muitos programas na CRS e gostaria de poder dar mais atenção às questões da PAN.</p>
<p>Potencialidades: Conhecimento.</p> <p>Fragilidades: Dependência do gestor municipal, não comprometimento</p>
<p>Potencialidades: Sensibilização dos gestores e capacitação ou reuniões periódicas</p> <p>Fragilidades: Falta de conhecimento, atualização do município</p>
<p>Potencialidades: Ações de sensibilização, educação continuada, monitoramento e avaliação, buscam intersetorial de ações visando a construção de uma política pública de SAN</p> <p>Fragilidades: Vontade política dos gestores, pouco comprometimento dos profissionais das UBS com VAN.</p>
<p>Potencialidades: Reuniões periódicas com as coordenações municipais da PAN</p> <p>Fragilidades: Falta ações interdisciplinares e intersetoriais.</p>
<p>Potencialidades: Reuniões com a equipe para trocar ações e estratégias para executar atividades propostas.</p> <p>Fragilidades: Dificuldades em ir aos municípios para prestar assessoramento de perto por falta de carros e tempo, etc...</p>
<p>Potencialidades: Reuniões com a equipe para trocar ações e estratégias para executar atividades propostas, ações de sensibilização, educação continuada, monitoramento e avaliação, fomento da Segurança Alimentar</p> <p>Fragilidades: Pouco comprometimento dos profissionais envolvidos e sensibilização dos gestores frente a VAN</p>
<p>Potencialidades: Somos atuantes, fizemos reuniões para discussão</p> <p>Fragilidades: Pouco comprometimento dos gestores e sensibilização dos gestores frente a VAN,</p>
<p>Potencialidades: Tem cumprido seu papel</p> <p>Fragilidades: Política fragmentada – Isolada - Falta prioridade Estadual frente a política</p>
<p>Potencialidades: Repasse de forma séria e profissional as capacitações e diretrizes, recebidas do nível central,</p> <p>Fragilidades: Facilitador ou coordenador acessível, falta computador</p>
<p>Potencialidades: Impossível de precisar</p> <p>Fragilidades: A Coordenadoria somente faz o repasse das informações recebidas da sessão central do estado, ainda não temos uma atuação forte</p>
<p>Potencialidades: Monitoramento de ações realizadas pelos municípios, participação nas atividades, visita acompanhamento e apoio.</p> <p>Fragilidades: Excesso de programas.</p>
<p>Potencialidades: Impossível de precisar</p> <p>Fragilidades: Falta uma ação mais específica</p>

Quadro 7. Descrição das fragilidades e potencialidades relatadas pelos técnicos implementadores nas regionais de saúde frente às responsabilidades institucionais e estratégicas de atenção à saúde com a PVAN-RS.

Fonte: Pesquisadora

As fragilidades apontadas reforçam o baixo compromisso público, cooperação e reciprocidade existentes nas regionais de saúde e nos municípios de sua abrangência. O processo encontra-se refletido na avaliação dos técnicos, na situação dos seus municípios de abrangência, em relação ao momento atual de implementação da políticas, numa escala percentual de 0 a 100 (0-30 ineficiente; 31-60 baixa eficiência; 61-80 eficiência aceitável e 81-100 eficiente).

Frente às fragilidades e potencialidades constatadas, 43,75%(7) dos técnicos implementadores das regionais de saúde atribuíram uma eficiência muito baixa dos seus municípios de abrangência; 25% (4), classificaram como ineficiente; e 31,25% (5), relataram como aceitável o momento atual da implementação da VAN nas regionais de saúde-RS-junho 2008. Quando questionados se têm recebido apoio institucional dos setores de governo envolvidos com a PVAN, os técnicos responsáveis pela implementação apontaram muitas fragilidades, como *devo dizer que no momento, estamos inoperantes, no nível central todos os programas deveriam, no mínimo, comentar em suas capacitações sobre a importância da implementação e de trabalhos articulados com os técnicos de saúde e maior disponibilidade de verbas.*

Na prática, o processo reflete as desarticulações entre os setores, a fragmentação, o compromisso isolado de cada programa, disposto em suas caixas específicas - *apenas da Política de Alimentação e Nutrição do Estado RS* - as responsabilidades institucionais se diluem e se acentuam os equívocos. A política continua sendo uma ação de uma equipe técnica do nível central e não um compromisso (prioridade) governamental, fragmentando ações e inibindo a intersectorialidade entre as secretarias e os programas estaduais.

Em relação à Coordenação Estadual sim. Recebemos todo o suporte necessário e apoio técnico; Em relação ao Ministério deixa a desejar. Os setores de Governo vêm a cada ano intensificando e capacitando de forma organizada as políticas do setor. Com grande qualidade técnica dos servidores à nível de Estado. Temos tido muito apoio por parte da Coordenação da PAN/SES a todas nossas dúvidas e problemas. Com o advento do Bolsa Família e as obrigatoriedades do programa no setor da saúde temos crescido muito e com certeza os envolvidos se viram obrigados a realizar suas ações. Neste sentido, acho que nunca estivemos com tanta chance de acertar e traçar metas reais de serem alcançadas pelos municípios. O governo federal e seus colaboradores estão tentando ampliar as ações a todos os municípios brasileiros. Sinto, desta vez, uma unidade nacional. Ao nível somente Estadual, mas muito fraco em relação a resolução de problemas na região. Tem havido várias reuniões técnicas Sim, porém com algumas ressalvas. Muitas vezes não obtemos respostas para todas as dúvidas que levamos Sim, federal e Estadual na resolução técnica somente, dos governos Municipais há pouca resposta por que não há recurso implicado. Ações com visão fragmentada em relação a atenção integral à saúde e da construção de uma política de Segurança Alimentar com implementação do SISVAN. A SES, através da PAN tem dado apoio técnico muito bom as coordenadorias, através de capacitações e reuniões, telefonemas, etc... Pouco trabalho da equipe com outros setores envolvidos com a PVAN assim como motivação e integralidade das ações. O apoio é mais técnico, da parte de informatização do Sistema, as ações são fragmentadas e isoladas, pouca discussão da política (TIRS).

Pelo depoimento dos técnicos das regionais de saúde, as regras do jogo não são homogêneas no momento da implementação, e por consequência, modificam os resultados e enfraquecem a própria, que não converge com o esperado, fragilizando o nível de institucionalidade da política no âmbito regional. Para os técnicos responsáveis pela

implementação nas regionais de saúde, o nível mais importante no momento da implementação é o nível municipal, onde de fato a política é implementada, seguido do nível estadual onde recebem as capacitações e as normas a serem implementadas e, por último o nível federal, onde o contato é menor (Figura 5).

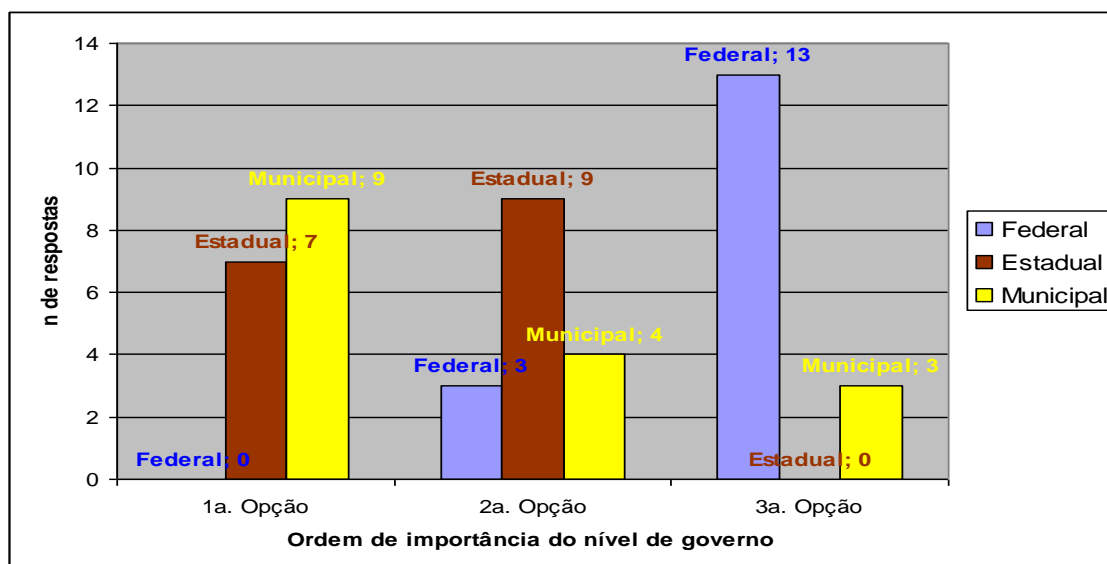


Figura 5. Descrição dos Resultados em ordem de importância dos níveis de governo no momento da implementação da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional (PVAN) pelos agentes implementadores nas regionais de saúde – RS –junho 2008.

Fonte: Pesquisadora

Considerando o apoio institucional dos setores do governo estadual, com respeito à VAN, 81,25% (13) colocaram que sim, muito, 12,5% (2) colocaram que receberam, mas com ressalvas e 6,25% (1) colocaram como indiferente. Em relação à importância do apoio, 43,7% (7), o consideram decisivo e 56,2% (9) colocam que sim, mas depende mais do governo federal. Em relação a essa questão, os técnicos estavam se referindo ao apoio da equipe central da política de alimentação e nutrição. Quando questionados sobre o apoio institucional dos delegados regionais com respeito à VAN, 68,8% (11) colocaram que sim, mas com ressalvas, 12,5% (2) como indiferente, 6,25% (1) relataram que não, que o apoio é pouco e 6,25% (1) afirmaram que sim, muito. Sendo que 68,7% (11) consideram o apoio decisivo e 31,25% (5) colocam que o apoio é importante, mas não é decisivo para uma boa implementação.

As perspectivas político-ideológicas e os interesses entre os diversos atores ou grupos de interesse envolvidos no processo, em geral, não são convergentes. O sucesso da implementação, segundo os técnicos implementadores da VAN, encontra-se condicionado ao conjunto dos fatores envolvidos (fragilidades e potencialidades) anteriormente descritos,

conduzindo-a para a imprevisibilidade, ou seja, constantemente produz inversões de posições e renegociações, sendo a política, previamente aprovada, alvo de mudanças no momento da implementação (LABRA, 1999).

Em relação às linhas de compromisso público/apoio/interação/cooperação/reciprocidade entre as esferas de governo no momento da implementação da VAN nas regionais de saúde, os técnicos implementadores situam como uma linha de ação moderada entre o governo federal e estadual, entre o governo federal e municipal e entre o governo estadual e municipal, e classificam ambas como uma linha de compromisso fraca; entre o nível central e regional e entre o nível regional e municipal as relações novamente se ampliam, apontando uma linha moderada (aceitável) em relação aos processos institucionais descritos anteriormente (Figura 6). A partir da sua percepção no momento da implementação da política, as instâncias que mantêm uma relação efetiva de cooperação e reciprocidade com os municípios, na esfera regional são as coordenadorias regionais de saúde.

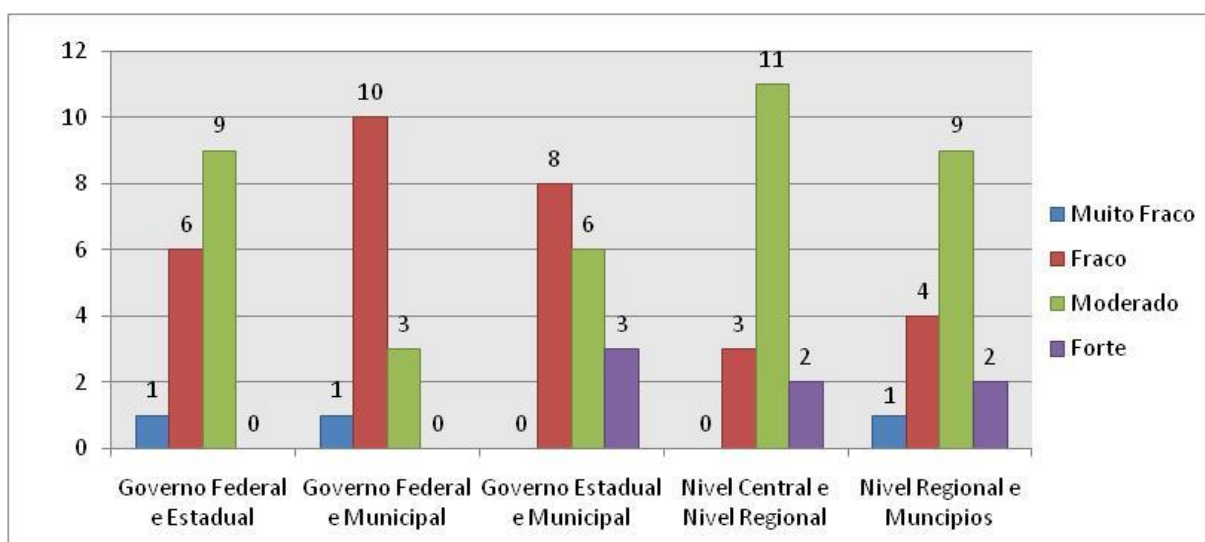


Figura 6. Distribuição do grau de importância (muito fraco, fraco, moderado e forte) dos processos que envolvem linhas de compromisso público/ apoio/ interação/ cooperação/ reciprocidade entre as esferas de governo no momento da implementação da VAN nas regionais de saúde – RS –junho 2008.

Fonte: Pesquisadora

O estudo aponta que os implementadores da VAN operam em um ambiente carregado de incertezas, que se manifestam nos mecanismos de coordenação interinstitucional. Esse processo pode ser melhor compreendido a partir dos depoimentos dos agentes governamentais, quando ressaltam os entraves ou facilitadores (pontos positivos e negativos) entre as esferas de governo (federal, estadual, regional e municipal) para o sucesso da VAN (Quadro 8 e 9).

Federal e Estadual	Pontos positivos: Em face do descrito nos pontos negativos, impossível de precisar; Incentivos financeiros; Entrosamento/Parceria (quando necessário) /Vem aumentando de forma gradual os incentivos para o PVAN/ Interação, compromisso; Recurso / Implementação das políticas e repasse das informações/ Páginas atualizadas / Boletim informativo – CGPAN; Assessoria técnica, recurso, empenho pessoal dos técnicos; Recursos, mas poucos/ Interlocução, educação/ Capacitações e Cooperação/ Divulgação
	Pontos negativos: Inoperabilidade; Falta de entendimento e senso de compromisso alheio, no intuito de se ter uma visão global das necessidades de cada regional e a perder-se em detalhes que no mento vem deixando este programa em nível da coordenadoria de “pernas quebradas”; Sobrecarga de RH em alguns setores; Centrado muito no nível federal (certa onipotência); Distante das Coordenadorias; São exigidos compromissos sem conhecimento da realidade; Dificuldade de informação quando contato direto com a regional; Falta divulgação na mídia da importância da política; Falta de vontade política dos gestores, falta sensibilização e falta de compromisso social.; Entrave do Estado; Visão fragmentada, muito pautado no sistema (informática), desconectado da construção de uma política pública de Segurança Alimentar; Fragmentação das Políticas; Falta apoio: Muito Distante das Coordenadorias Regionais de Saúde.
Federal e Municipal	Pontos positivos: Em face do descrito baixo, impossível de precisar; Não poderia haver este contato direto; Sistema de informação; Suporte técnico através de telefone em casos emergenciais.; Recurso / Apoio Financeiro; Não posso opinar; Recurso, porém pouco.
	Pontos negativos: Impossível de precisar; O Estado fica sem saber o que está acontecendo quando o MS entra direto no município. Isto é ruim para nós; Falhas do sistema de informação (Repasse direto de materiais e outros produtos sem informar o Estado e as Regionais); Deve sempre orientar o Estado e Regionais, sobre suas ações; Demora nas resolução dos problemas dos municípios; Distante dos Municípios - Forçar a adesão; Falta identificação dos medicamentos (ferro) enviada aos municípios como sendo PNSF; Ações de administração direto com municípios; Pouco recurso; CRS ou Estado pouco falta acompanhamento (PNSF);Entrave do Estado - Muito distante muito burocrático; Pouca reciprocidade - Falta Compromisso publico; Demora nas resoluções dos problemas; Desconhecimento da Realidade Municipal; Capacitação (rara).
Estadual e Municipal	Pontos positivos: Em face do descrito abaixo, impossível de precisar; Apoio total é o nosso papel; Parceria; Suporte técnico; Capacitações; Descentralização; Boa relação, comprometimento; Apoio, compromisso público; Impossível de precisar; Assessoria técnica; Disponibilidade pessoal; Recursos, mas poucos; Educação continuada; Suporte no sistema; Apoio e Cooperação/ Interação.
	Pontos negativos: Impossível de precisar; Não estamos tão junto ao município como seria necessário; Poucos profissionais para uma Política tão importante ;Quantidade insuficiente de profissionais nos municípios e algumas Regionais; Pouco contato; Desconhecimento das realidades municipais; Diversas realidades não permitem padronizar as ações; -Respostas do município ao programa; Entrave do Estado; Política fragmentada, muito distante de uma política de SAN./ Pouca reciprocidade; Pontos Críticos identificados pelas regionais na implantação e/ou implementação do SISVAN: Falta de técnico de informática CRS e nos municípios e falta de equipamentos-Estrutura física; Poucos RH nos municípios; A nível Estadual existe pouca articulação e apoio percebidos principalmente em capacitações nos demais programas de saúde (saúde da criança, ESF, Hiper Dia, Saúde da Mulher e Idoso).

Quadro 8. Descrição dos entraves e das facilidades para o sucesso da política entre as instâncias governamentais (governo Federal e Estadual; Governo Federal e Municipal e Governo Estadual e Municipal) observadas pelos técnicos implementadores nas regionais de saúde no momento da implementação da PVAN.

Fonte: Pesquisadora

É importante ressaltar, neste estudo, que a VAN e as instituições envolvidas não existem independentemente das pessoas. Elas são, inevitavelmente, moldadas pelos pontos de vista dos que as fazem e por grupos de pessoas que são afetadas pelos resultados que a política produz. Portanto, a impressão de tratar-se de uma fase estritamente técnica e despolitizada não

corresponde à realidade. Os entraves, vistos anteriormente entre as esferas governamentais, reforçam essa visão, principalmente quando analisamos as fragilidades apontadas no nível regional (Quadro 9).

<p>Nível Central e Nível Regional da SES no RS</p>	<p>Pontos positivos: Em face do descrito no quadro ao lado, impossível de precisar; Apoio, acompanhamento, montagem de estratégias para definir rumos e uma única linguagem para todos; Livre acesso; Parceria / reuniões periódicas/ Apoio, Suporte técnico; Capacitações/ Descentralização; Organização e planejamento; Tem ótima credibilidade e visão de trabalho, sendo uma excelente parceria para o sucesso das atividades; Bom relacionamento, interação, apoio, reciprocidade, encontros periódicos, pontualidade / Trabalho em conjunto; Facilidade de acesso; Bom assessoramento, empenho pessoal dos técnicos - Encontros Periódicos/ Apoio, interação e cooperação /Disponibilidade Técnica.</p> <p>Pontos negativos: Impossível de precisar; Dificuldade para deslocamento; Desconhecimento do Gabinete do SES sobre nossa Política; Falta de profissional técnico em nutrição para coordenar a política; Profissionais em número reduzido para número muito grande de atividades; Não identífico; Desconhecimento da realidade das coordenadorias; Soluções de problemas não dependem de si próprios; Disponibilidade para capacitações regionais; Entrave do Estado; Política fragmentada distante da visão integral da SAN da População e Fragmentação das Políticas</p>
<p>Nível Regional (SES) e Municípios no RS</p>	<p>Pontos positivos: Impossível de precisar; Em face do descrito no quadro abaixo, impossível de precisar; Apoio, acompanhamento, apontar críticas construtivas e aprender junto; Parcerias, Suporte técnico; Capacitações, Descentralização; Vem implementando cada vez mais as ações, conseguindo sensibilizar e capacitar de forma mais concreta, melhorando os resultados; Apoio, interação, cooperação, reciprocidade/ Proximidade de relações; Apoio, Suporte técnico; Diálogo aberto / Interesse evidenciado pelos profissionais responsáveis; Bom relacionamento com pouca resposta; Interlocução/</p> <p>Pontos negativos: Impossível de precisar; Fizemos poucas visitas nos municípios, devíamos montar mais parcerias, partindo de nós técnicos; Trabalho intersetorial ainda insipiente; Profissionais em número reduzido nos municípios, na Regional.; Excesso de trabalho concentrado em alguns profissionais; No início, foi muito difícil de trabalhar, pois após implantado o SISVAN informatizado, ele tinha muitos problemas; Sobrecarga de funções de ambas as partes, carga horária deficiente na saúde de alguns nutricionistas; Distante dos Municípios/Falta de comprometimento de alguns gestores/Troca de profissionais e falta de sensibilização; Pouco tempo para maior dedicação da regional aos municípios; Pouca resposta dos municípios, / Repetição nas solicitações; Entrave do Estado; Falta visão/ ação Interdisciplinaridade e intersetorialidade quando a política pública em questão exige; Alguns municípios não têm compromisso político;</p>

Quadro 9. Descrição dos entraves e das facilidades para o sucesso da política entre as instâncias governamentais (Nível Central e Nível Regional da SES no RS; Nível Regional (SES) e Municípios no RS) observadas pelos técnicos implementadores nas regionais de saúde no momento da implementação da PVAN.

Fonte: Pesquisadora

Ressalta-se que as dimensões da eficiência social são tidas como insuficiente nas esferas federal e estadual e, mediana, na esfera regional. Uma política como a de VAN tem como seu gestor o governo federal, representado pelo CGPAN- MS, responsável pelas normas técnicas e pelos instrumentos de avaliação e monitoramento. Na hierarquia entre os entes federados, aos estados – nível central, coube a responsabilidade de coordenar e fomentar a implementação da

política, às Coordenadorias Regionais de Saúde tem sido colocada a responsabilidade de apoiar e capacitar os municípios de sua abrangência para colocar a política em ação.

Assim, segundo as percepções dos agentes, a VAN está sendo implementada de forma verticalizada, cada ente possui metas, sem que sejam pactuadas entre os níveis governamentais. Isso pode ser observado no discurso dos atores, no seu desconhecimento e envolvimento com a política, fragilizando a implementação em curso, enquanto a interferência do nível regional se reduz à implementação de alguns quesitos de natureza técnica (Figura 7).

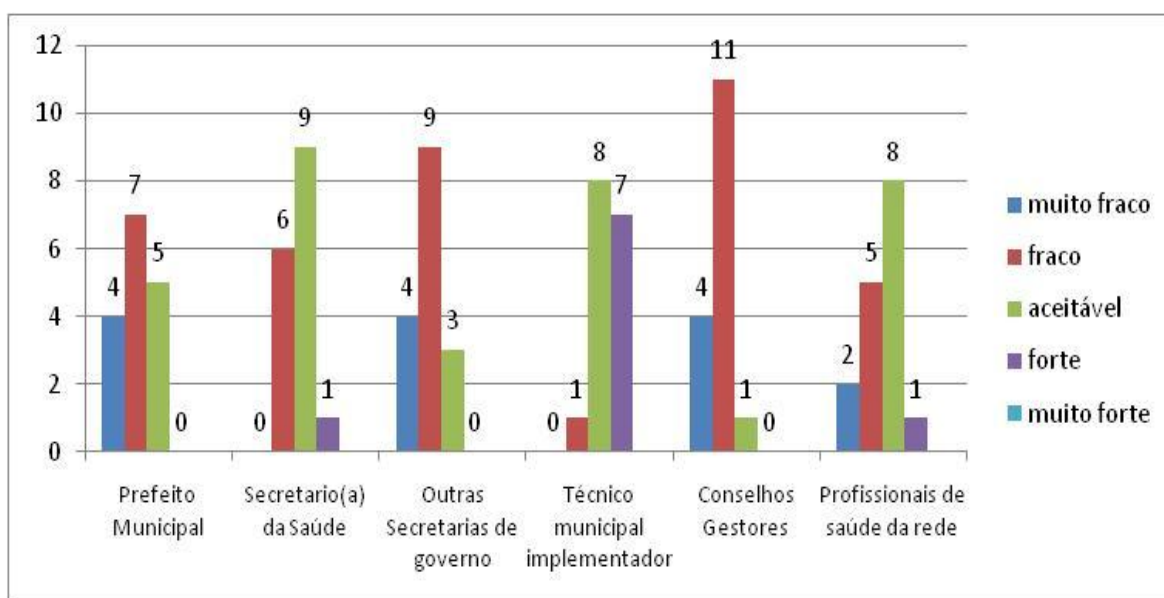


Figura 7. Descrição da importância dos processos que envolvem linhas de envolvimento/compromisso público / apoio / interação / cooperação / reciprocidade entre os diversos setores envolvidos no momento da implementação da VAN nas Regionais de Saúde, RS, junho 2008.

Fonte: Pesquisadora

O processo pode estar refletido no nível municipal, local onde de fato a política acontece. O estudo aponta que o grau de envolvimento e compromisso público do prefeito, em linhas gerais, foi considerado fraco, da secretaria de saúde aceitável; outras secretárias do município fraco; profissionais da rede aceitável; conselhos gestores (Saúde, Segurança Alimentar, Desenvolvimento/Assistência Social), fraco; e do técnico implementador, aceitável e isso pode ser visualizado.

Em relação a essa questão, os técnicos implementadores das regionais de saúde complementaram a avaliação dizendo que as linhas de envolvimento no nível municipal encontram-se relacionadas *ao nível pessoal e direto, porém no que tange a nível hierárquico*

ainda há alguma burocracia pessoal por parte dos níveis mais elevados. Além da rotatividade de pessoal e da falta de comprometimento de alguns para com o bom andamento da política. Colocam que é necessário reforçar o trabalho integrado com outras políticas, ou seja, onde todos se envolvem e aprendem um pouco.

Diante do quadro apresentado, é necessário analisar as instituições no sentido de saber se elas realmente exercem um papel importante e decisivo nos processos de formação de vontade e de decisão, e se não, quais consequências têm para o processo político no momento da implementação da VAN. Segundo as falas dos técnicos regionais, *há necessidade de maior interação entre os setores envolvidos, maior imposição da política como real importância para a saúde e suas ações.* Também, o acentuado descaso com a capacidade institucional das regionais de saúde, reflete, na sua debilidade institucional em executar as diretrizes rígidas emanadas dos dirigentes estaduais e federais. Segundo os agentes das regionais de saúde *a troca constante de profissionais e gestores traz uma descontinuidade aos programas. Também há várias situações onde se revela falta de conhecimento, comprometimento e vontade política.* Fragilidades até então evidenciadas podem ter explicações com base em fatores dessa natureza (WILDAVSKY, PRESSMANN, 1998).

Outra questão a ser considerada no campo da implementação da política refere-se analiticamente à falta de capacidade institucional associada à falta de diálogo na esfera pública. O que pode ser compreendido quando os técnicos implementadores relatam um dos grandes gargalos políticos: *é que o programa está centralizado na figura do coordenador; embora todos os municípios tenham o SISVAN instalado e ter sido sensibilizado de sua importância, não é um sistema executado (digitado periodicamente) estando a sua implementação prejudicada; a falta da efetiva inserção dos dados coletados relativos à vigilância alimentar e nutricional SISVAN – no planejamento das ações nos municípios, ou seja, não implementaram de fato a política.* Assim, a co-responsabilidade na implementação pode levar a um processo fragilizado diante do compromisso público, na medida em que a VAN não é legitimada pelos atores que nela estão envolvidos, o que sem dúvida compromete o grau de adesão e coesão em torno das ações públicas e, conseqüentemente, sua implementação de acordo com seu desenho original (LABRA, 1999; IMMERGUT, 1996).

Percebe-se, também, a fragilidade no contexto inter e intraorganizacional no qual está ocorrendo a implementação. Segundo os atores *a principal dificuldade é fazer com que o gestor possa se sensibilizar com a PVAN e possa realmente aproveitar de forma estratégica o banco de dados para desenvolver ou potencializar a segurança alimentar. O Ministério público e os outros entes (ESTADO – MUNICÍPIO) devem por em prática, e isso às vezes*

não é fácil, outras vezes há demora (TIRS). Por outro lado, como os implementadores não são os atores situados no topo da pirâmide política, o acompanhamento da política deveria levar em consideração a existência de uma percepção precisa acerca da política que se implementa. No estudo em questão, os técnicos relatam o desconhecimento da Política do SISVAN pelos técnicos de saúde dos municípios envolvidos com outras políticas e o Descomprometimento dos profissionais das UBS para levantamento dos indicadores (TIRS).

O caminho para atingir uma implementação bem-sucedida é, segundo esse ponto de vista, a promoção do envolvimento dos implementadores com a formulação da política, para que não só eles se apropriem da política, mas também se comprometam com a mesma, buscando soluções para eventuais problemas. Percebe-se que os agentes públicos responsáveis pela política PVAN, tanto no nível Estadual como Federal, ignoram todas essas considerações. Mesmo se tratando de atores capacitados e comprometidos com a realização da política, três atitudes foram bastante comuns nas falas dos técnicos: primeiro, os que decidem supõem que o fato de uma política ter sido decidida automaticamente garante que ela seja implementada; segundo, todas as atenções se concentram na decisão e no grupo decisório, enquanto a implementação fica ignorada ou é tratada como se fosse de responsabilidade de outro grupo; terceiro, aparentemente se supõe que a implementação se resume a levar a cabo o que foi decidido, logo, é apenas uma questão de os executores fazerem o que deve ser feito para implementar a política.

Além disso, a implementação da política nas regionais de saúde é algo como a formulação em processo, o que tem trazido consequências, pois os próprios objetivos da política e os problemas envolvidos não são conhecidos antecipadamente em sua totalidade, ao contrário, vão aparecendo à medida que o processo avança. Entre as mais citadas destacam-se:

- ✓ Dificuldades de credibilidade de alguns programas insinuando que são apenas eleitoreiros;
- ✓ Falta de comprometimento principalmente de gestores municipais;
- ✓ Apadrinhamentos de profissionais;
- ✓ Sobrecargas de serviço de alguns profissionais dos municípios e nas CRS.

Ao serem indagados sobre os maiores constrangimentos políticos institucionais, as falas se repetem:

- ✓ Às vezes, queremos resolver problemas com gestores e temos que ir com calma;
- ✓ A dificuldade está na obediência às normas;

- ✓ Comprometimento de gestão e acompanhamento das ações e rotatividade;
- ✓ Dificuldades de entendimento do papel do conselho gestor;
- ✓ Facilitar Partidos Políticos, Integrar e Vontade política dos gestores para colocar a VAN como importante norteador da gestão em saúde;
- ✓ Bolsa família é um programa assistencial com nenhuma ação na mudança nutricional do indivíduo e este sustenta a política.

As preferências dos atores estão manifestadas claramente na implementação de estratégias para a superação dos *gargalos* onde sempre se dão os confrontos, dificuldades e os constrangimentos no momento da implementação da política PVAN. Cada um possui recursos de poder: influência, capacidade de afetar o funcionamento do sistema, meios de persuasão, votos, organização, etc. Outra questão revelada é o ajustamento na forma pela qual as atividades existentes são realizadas. Um exemplo comum são os aumentos ou reduções de recursos para atividades específicas, de forma a estimular ou simplesmente cancelar determinadas políticas, sem que seja afirmado diretamente por qualquer agência governamental.

Em relação à condução da estratégia para a implementação da política VAN nas regionais de saúde, colocam que quem decide são os próprios técnicos envolvidos com o processo, os *técnicos Regionais da PAN (coordenador, suporte técnico)*, o agir, pensar e o fazer acontecer nas regionais de saúde são, na maioria das vezes, processo individuais solitários, não existe uma regra *impossível de precisar porque esta já está definida pela responsabilidade hierárquica (nível central)*.

Nos relatos, aparece o isolamento técnico, uma dissociação das práticas na atenção primária na saúde, questões que vão muito além de uma simples norma técnica imposta pelos entes governamentais. Percebe-se uma ausência de programas de capacitação de gestores e desenvolvimento institucional em relação à política implementada e enfraquecimento dos órgãos de articulação estadual, *depende muito da nossa própria ação, busca de parceiros, sensibilizações, promoção de fóruns amplos para debater e deliberar sobre a construção e implementação de uma política pública de SANs, envolvendo gestores, profissionais de saúde, outras secretarias, controle social, ministério público e universidades*; limitados canais institucionais de integração e interlocução entre Estado e sociedade civil; diferenças regionais de capacidade gerencial e institucional.

A pesquisa evidenciou que as ações de Nutrição assumidas na agenda do governo federal, para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio, requerem uma maior

atenção dos gestores públicos do nível estadual. Os técnicos das regionais de saúde consideram o monitoramento nutricional uma estratégia vital para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, propostos pela ONU em 2000. Porém, apontam questões decisivas para o bom encaminhamento da Política de VAN, destacando-se:

- ✓ *Divulgação da PAN entre as políticas;*
- ✓ *Integralidade com as demais Políticas das ações em Saúde e Fomentar a Segurança Alimentar.*
- ✓ *Promoção de ações municipais ligadas à atenção da nutrição da população;*
- ✓ *Sensibilização dos profissionais envolvidos (todos): PSF, PACs, Conselhos, profissionais da educação, saúde, assistência, etc., e também o que não atuam na rede;*
- ✓ *Divulgação nos meios de comunicação dos objetivos e importância destas ações;*
- ✓ *Capacitações e sensibilizações dos profissionais responsáveis pelas regionais;*
- ✓ *Implementações nas ações, em todos os níveis, federal, estadual e municipal;*
- ✓ *O comprometimento dos gestores em fazer acontecer a PVAN nos seus municípios. Por isso entendo que termos colocado apenas dois indicadores obrigatórios na pactuação de 2008, fizemos um grande avanço neste sentido. Além de que, outros como os das Doenças não transmissíveis (HAS e Diabetes), também nos ajudarão a melhor cumprir estas metas;*
- ✓ *Comprometimento em todos os níveis e senso de prioridade em todos os níveis hierárquicos;*
- ✓ *Parceiras e tomada em conjunto de decisões. Maior envolvimento com os conselhos municipais;*
- ✓ *Conselhos municipais com diálogo e acompanhamento das ações e sensibilização de todos os profissionais;*
- ✓ *Contratação de nutricionistas em todas as secretarias municipais de saúde para responsabilizar-se pela PAN;*
- ✓ *Sensibilização e capacitações continuadas dos técnicos e gestores - continuar trabalhando;*
- ✓ *Integrar a mesma, a construção de uma política pública de SAN/DHAA;*
- ✓ *Ações multisetoriais serão necessárias com o engajamento principalmente dos governantes para que as políticas de fato aconteçam.*

Não obstante, para que essas proposições ultrapassem o plano das intenções e passem a se constituir em ações e vencer as sinergias, contradições, superposições, lacunas, falhas de coordenação entre programas/ações é necessário propor estratégias de superação dos problemas presentes no campo das ideias dos técnicos implementadores. Além das questões já referidas sobre a necessidade de maior articulação entre setores e níveis de governo (federal, estadual e municipal), ressalta-se a importância de ações que já vem sendo desenvolvidas. Outra questão a ser considerada no campo da implementação das ações de VAN para repensar as coletividades territoriais no estudo, refere-se analiticamente a pouca capacidade institucional associada à ausência de diálogo na esfera pública.

A falta de Recursos Humanos (sensibilizados e com preparo técnico) é a maior fragilidade apontada pelos agentes implementadores, e esses configuram um indicador importante da capacidade de governo do estado e poderá determinar a maior ou menor governabilidade, uma vez que as demais dificuldades encontradas decorrem da primeira. A negociação de interesses divergentes, promovendo a co-responsabilidade na implementação, pode levar a uma crise de governança, na medida em que as ações de alimentação e nutrição não forem legitimadas pelos atores que nela estão envolvidos, o que sem dúvida compromete o grau de adesão e coesão em torno das ações públicas e, conseqüentemente, sua implementação de acordo com seu desenho original. Tomando essas questões como ponto de partida, a seguir, trabalharemos na capacidade de articulação territorial durante o processo da implementação da VAN entre os atores envolvidos, o que implica, necessariamente, manejar as potencialidades ativas dos territórios na constituição de processos e relações sociais e de poder.

6.4 Implementação territorial - da vigilância alimentar e nutricional

Este subcapítulo aborda a capacidade dos atores públicos de controlar as variáveis intervenientes que potencializam ou fragilizam a implementação, articulando o apoio e legitimidade política obtida no nível do Macroterritório de Saúde⁶² (13ª CRS, 16ª CRS e 8ª CRS). Interessa-nos aqui, em especial, avaliar a capacidade de articulação territorial dos agentes envolvidos na implementação. Na análise, consideramos a institucionalidade da

⁶²Pode-se dizer que, na implantação do SUS, assim como na trajetória prévia da política de saúde, a dimensão territorial não tem sido fortemente incorporada à formulação de políticas de saúde. A proposição de políticas de corte macrorregional, comum nas políticas de desenvolvimento, infra-estrutura e meio ambiente, não é predominante na saúde, embora existam estratégias regionais em áreas específicas, como o controle de endemias desigualmente distribuídas no território (VIANA, BAPTISTA, 2008:119).

política a partir de sua incorporação efetiva à vida institucional. O trabalho de campo consistiu na realização de entrevistas com representantes das arenas institucionais de cada CRS e seus polos assistenciais de saúde que compõem a macrorregião dos Vales, como: o conselho regional de saúde, conselho municipal e de segurança alimentar do polo assistencial de saúde, Colegiado de Gestão Regional – COGERE⁶³ e responsáveis pela indução da política nas três regionais de saúde, com destaque aos secretários de saúde, delegados regionais de saúde e representantes do controle social e implementadores regionais da política; com o objetivo de compreender o contexto regional das ações de VAN, em sua relação com outros aspectos da dinâmica macrorregional, como a articulação entre níveis de governo e setores que desenvolvem ações intimamente relacionadas aos objetivos da política.

Conforme já relatado anteriormente, o Estado do Rio Grande do Sul está dividido em sete macrorregiões de saúde, em projeto aprovado pelas instâncias colegiadas do SUS (CIB e CES) que têm como meta organizar a atenção à saúde para as ações de promoção e proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. As macrorregiões são muito heterogêneas, tanto em população como em número de municípios, refletindo, de alguma forma, as desigualdades das condições de vida e saúde da população do Rio Grande do Sul. Tais desigualdades sociais intermunicipais e regionais têm sido recorrentemente abordadas pela literatura (BANDEIRA, 1999).

Essas unidades territoriais correspondem às áreas administrativas construídas historicamente através de um conjunto de decisões políticas, das quais participaram vários atores sociais. Especificamente, trataremos da macrorregião dos Vales, uma área de baixa densidade populacional e com uma população preponderantemente germânica. A coordenação Macrorregional dos Vales é composta por 69 municípios, que somam uma população aproximada de 890.144 milhões. A instância regional de gestão do SUS no Rio Grande do Sul ocorre junto ao DAS e junto ao Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC), e incorpora três CRS da Secretaria de Estado da Saúde (SES/RS). Essas coordenadorias são a 8ª CRS (12 municípios), a 13ª CRS (13 municípios) e a 16ª CRS (44 municípios) e têm como principais polos assistenciais de saúde o município de Cachoeira do Sul, Santa Cruz do Sul e Lajeado. Elas representam a regionalização estadual e uma estratégia para a organização das ações e serviços públicos de saúde, associada à descentralização e à hierarquização.

⁶³Colegiado de Gestão Regional –COGERE – corresponde a Comissão Intergestores Bipartite Regional, sua denominação alterou para atender o disposto na Portaria GM nº 399/06. Os Colegiados de Gestão Regionais são compostos por membros titulares e respectivos suplentes, representantes da CRS e da totalidade dos municípios de sua área de abrangência.

A organização da rede regionalizada de saúde, segundo os agentes sociais entrevistados, possui fragilidades institucionais em decorrência do atropelo das mudanças vividas no SUS. *As demandas assistenciais de consultas, medidas, de hospital, de medicamentos, de especialistas, o maior sempre resolveu os problemas do menor, isto era uma estrutura mesmo que informal de regionalização ou de acesso. Nos últimos anos a solidificação e a montagem do que a gente chama de Plano Diretor de Regionalização, então isto demanda estruturar o que, a fazer uma estrutura em nível de cada região, para monitoramento com pessoas especializadas que jamais vão ter nos pequenos municípios, então equivale a uma teoria que já era conhecida a duas a três décadas de distritalização (ER14).*

Hoje, as coordenadorias regionais de saúde vêm detendo um papel político diferenciado da atenção integral à saúde, efetuando uma aproximação técnica e política com os municípios e a autonomia já conquistada é relativa, pois elas reproduzem as orientações e informações recebidas das instâncias de coordenação central, ora avançando, ora retrocedendo. A fragmentação administrativa liga-se às coordenadorias. Quer dizer, inúmeros órgãos possuem, em seus organogramas, unidades regionalizadas na perspectiva de potencializar um intercâmbio de informações da região com a unidade central, identificando problemas específicos e acompanhando e gerenciando as ações. *Eu vejo a Coordenadoria Regional de Saúde totalmente desarticulada, totalmente desestruturada, então não tinha como fazer nenhuma discussão na área da alimentação e nutrição (ER8).*

O baixo grau de articulação das unidades centrais também é reproduzido, obviamente, no nível das coordenadorias regionais, com o agravante da localização das delegações em cidades diferentes. O distanciamento burocrático e físico dificulta a articulação das diversas políticas de governo. *A regional está sofrendo um processo de dilapidação de RH progressivo e a risco e sempre existem conversas de extinguir as coordenadorias, que eu acho que é meio complicado isto aí, não pode acontecer e não deve acontecer, porque aonde irá focar a instância regional e onde irá ficar a regionalização, como fica isto aí e quem é que irá fazer o monitoramento (ER14).*

Dessa forma, percebe-se, no estudo, uma necessidade de ampliação do grau de interlocução horizontal, buscando uma maior integração das unidades regionalizadas no interior do Estado, de centrais de serviços, evitando, com isso, o deslocamento e a perda de tempo do cidadão. A concepção de regionalização preponderante no debate setorial tem se voltado para aspectos relativos à organização da rede de serviços no âmbito intra-estadual, não implicando, necessariamente, a incorporação de uma lógica territorial mais abrangente e a articulação com outras esferas da política pública. A dinâmica de intervenção dos atores e as

ações institucionais desenvolvidas até o momento na região traz à tona uma série de aspectos referentes aos desafios da gestão pública, no momento da implementação das políticas públicas.

Ainda existe uma disputa muito grande entre os municípios da região, cada um barganhando em cima dos seus interesses, eu não vejo a região discutindo ou priorizando qualquer política de prevenção, muito menos de alimentação e nutrição. Como eu já te disse deveríamos fazer um processo de retomada, e levar esta discussão para fóruns municipais, regionais e estaduais, o nível regional deveria ser capaz de fomentar o nível municipal, levantar como os conselheiros estão vendo esta política. Sabe, mesmo que venham os recursos federais, mas se tu não discutires no nível do município muito pouco isto vai se avançar e por consequência você pode estar discutindo num nível mais amplo, vamos dizer no nível das Coordenadorias, se você conseguir fomentar esta discussão nos municípios então esta discussão passa a integrar o nível regional e este nível poderá estar servindo de pressão para o Conselho Estadual (ER7).

Acredito que o mesmo viés que acontece a nível municipal também ocorre entre outros níveis, mas em grau menor. O gestor estadual tem já equipes especializadas para esta área e o federal tem mais envolvidos, pois são eles que ditam as diretrizes. Entretanto, não podemos esquecer que estas esferas não são as que executam as políticas de saúde. Com a municipalização são os gestores municipais os executores de toda política de saúde (ER5).

A articulação territorial é marcada pela imprevisibilidade e renegociações que, por sua vez, repercutem nas escolhas na esfera pública local e nos processos de pactuação entre os entes federados. A apropriação da lógica regional pela secretaria de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em geral, foi baixa, uma vez que as ações de alimentação e nutrição, no período, não foram pensadas em uma perspectiva macro ou mesorregional, seguiram a sua lógica tradicional de formulação de políticas para o conjunto do estado: o nível federal planeja, o nível central do estado repassa para as coordenadorias regionais de saúde, para que essas sensibilizem e capacitem os atores da implementação - os municípios.

Entre as principais dificuldades nesta política é a falta de uma coordenação efetiva, eu não acho que uma equipe coordenadora seja efetiva como acontece aqui, tem que ter de fato uma pessoa que coordene a nível regional, que esteja comprometido com a política, se não fica assim, se fica tu faz e aí o outro não faz, na verdade ninguém faz, na verdade eu não acho que isto seja produtivo, precisa de uma cabeça que coordene, um responsável com atribuição, com conhecimento da área, porque eu acho que uma pessoa que não tenha conhecimento da área é muito mais difícil enxergar determinadas coisas que o pessoal enxerga, como acontece na 13ª Coordenadoria, que possui uma pessoa com conhecimentos técnicos e sensibilizada com a política (ER2).

Sabe em função de tudo isto, eu ainda não consigo ver a política de alimentação e nutrição – a VAN instituída no Estado, eu não sei se é uma falta de conhecimento meu, eu não consigo ver, eu vejo fragmentado, cada um fazendo as suas ações, com seus recursos próprios, tanto que um tem mais que o outro, alimentação, por exemplo, não tem o mesmo recurso que a AIDS tem, só que o recurso que a alimentação vem toda do ministério. Sabe quando tu entras no organograma do estado, ali quando mostram as suas políticas, a alimentação e nutrição não aparece na grade, tu até acha alguma coisa lá, mas muito pouco e de destaque assim muito pouco (ER15).

No Governo Rigotto, a política de cidadania alimentar, pensada no âmbito da segurança alimentar pela gestão do governo Olívio Dutra, não se caracterizou como uma prioridade política. Esse processo demonstra que uma das grandes fragilidades institucionais é descontinuidade de políticas vivenciadas na troca de gestão pública. Outra questão refere-se à falta de integração da VAN com os demais setores governamentais, restringindo-se a uma ação isolada de um grupo de técnicos da Secretaria de Saúde, estes fomentados pelo nível federal. Tal disposição nos remete a uma política fragmentada, diluída por novas agendas políticas, que possuem interesses políticos e não têm como universo o conjunto das necessidades da população, ou seja, o direito humano à alimentação.

Observamos que, na organização gerencial das políticas de saúde nas regionais de saúde, institui-se uma compartimentalização de ações e programas, estruturados e conduzidos de forma isolada e fracionada, inexistindo o cotejamento e a interface das diversas ações políticas e das diferentes realidades a enfrentar.

As diretrizes e as normas do SUS, tu as entendes, tu entendes que as coisas têm que ser centrifugas, mas as pessoas que estão com as suas bandeiras lá em Porto Alegre, dos diferentes governos que lá passaram trouxeram a força de fora para dentro. A corte está muito bem obrigada – existe o encastelamento, na verdade estratégias foram feitas, mas eu acho que as pessoas que leram as diretrizes do SUS, as entenderam muito mal, ou seja, não entenderam o SUS (ER14).

Em relação à política de VAN no Estado do Rio Grande do Sul, com a descontinuidade do Programa Cidadania Alimentar, percebe-se que todas as ações a partir desse momento foram implementadas por indução do Governo Federal. Do ponto de vista institucional, o Governo Rigotto não se opôs à indução do Governo Federal para continuar na implementação do SISVAN, mas também não disponibilizou recursos financeiros ou assumiu essa política como uma estratégia governamental. Em que pese os importantes avanços conquistados pela equipe técnica estadual responsável pela implantação do SISVAN, o que existe desde sua organização até os dias atuais de fato é um grupo de profissionais comprometidos que atuam no DAS, orientados pela CGPAN no nível Federal. As ações de VAN no Estado são mais um ato de resistência daqueles que atuam em políticas públicas de alimentação e nutrição do que de fato, uma formalidade.

A PNAN completou dez anos em 2009 e permanece atual com relação aos seus compromissos com a sociedade e os princípios organizativos do Estado brasileiro e do SUS. Integra a Política Nacional de Saúde, mas também se insere no campo da SAN do país. Com essa política, o Estado brasileiro reafirma que alimentação e nutrição são requisitos básicos da promoção e proteção da saúde e possibilitam a afirmação do potencial pleno do

desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Entretanto, no espaço do macro território de saúde, essa política ainda não é reconhecida institucionalmente e isso aponta que a fragilidade perpassa a nível estadual e macrorregional.

Falta ainda uma visão sistêmica em relação à VAN. Se levarmos em consideração a atenção integral à saúde, as ações ainda são muito fragmentadas, tanto do nível central como no próprio Ministério, ainda persiste o pouco compromisso e envolvimento por parte dos gestores. *Outro ponto é a falta ações interdisciplinares e intersetoriais tanto no nível central, como regional e municipal. Volto a dizer é uma caminhada lenta e muitas vezes sozinha hoje entendo que devemos repensar as ações desenvolvidas, pois percebo com muita intensidade voltando o Modelo Assistencialista, nos municípios, estamos simplesmente atendendo a demanda posta (ER16).*

A PAN, especialmente as ações de VAN são fomentadas e subsidiadas pelo Ministério, o Estado não possui recursos específicos para esta política e através dos técnicos apenas repassa as mesmas, não existe uma discussão anterior com as demais políticas no Estado. No meu entender esta política ainda não foi assumida como uma prioridade no Estado. Acredito que muito se deva as ideias divergentes de como fazer políticas dos diferentes partidos que assumiram o poder. Nos municípios da regional de saúde (13ª CRS), neste momento existe um maior comprometimento com a vigilância alimentar, isto se deve principalmente ao comprometimento dos técnicos responsáveis pela política nos municípios. Atualmente todos os municípios possuem no seu quadro funcional nutricionistas responsáveis pelo SISVAN. Entretanto, ainda não temos nos municípios uma política municipal institucionalizada, temos ações e mobilizações acontecendo na região, mas faltam recursos financeiros e humanos para avançarmos na institucionalização desta política e, tenho que dizer, falta vontade política para investir em ações de promoção de saúde, estamos vivenciando uma política assistencialista muito forte ainda (ER16).

Parece que existe hoje, alguma ação de VAN dentro do DAS, ela está lá, deve ter alguém encarregado disto, deve ter uma mesa, que tem que multiplicar isto para quase 500 municípios. Bem eu vejo um problema aí, politicamente, outra vez a coisa inversa, o que eu constatei dentro do processo a coisa tem que ser feita do centro pra fora, e isso é força centrípeta, é neste sentido que a coisa foi inversa também, como o processo do SUS é de trazer a gestão e o serviço pra pessoa, o mais perto possível de sua casa – isto é uma força do centro pra periferia – então estas pessoas que estão atrás de uma mesa no nível central, ela não tem como fazer este processo, porque eles fizeram as coisas acontecerem, ao contrário lá em cima, eu digo no nível central – o pessoal se encastelou em Porto Alegre no nível central, eles robusteceram as equipes todas em Porto Alegre, quando que o processo todo tinha que ser nas regionais, a grande estrutura das secretarias de saúde tinha que ser nas regionais – nas coordenadorias – eles se encastelaram lá com técnicos, então a grande estrutura no meio modo de vista está todo concentrado lá, quando tinha que estar nas coordenadorias, elas teriam que ser equipes multidisciplinares de excelência no sistema e não em Porto Alegre, lá tinha que ser um escritório de poucas pessoas, e é ao contrário, proporcionalmente Porto Alegre tem maior número de pessoas em relação às regionais com deficiência de RH (ER14).

Também, se observaram limitações no que diz respeito à base de sustentação da política, no período. Internamente, a análise das entrevistas e de atas de instâncias colegiadas do

Estado do Rio Grande do Sul demonstraram que as ações de VAN, para a promoção da SAN e ou das ações de alimentação e nutrição, não ocuparam lugar central na agenda dos altos dirigentes do Estado do Rio Grande do Sul no período (secretários), nem nos debates daquelas instâncias. A política foi sustentada por alguns dirigentes intermediários que se responsabilizaram diretamente pela sua condução e empreenderam esforços para a sua concretização por motivos de identidade regional (origem ou experiência prévia na região) ou pela aposta na relevância dessa política.

Hoje, eu ainda não consigo ver a PAN – a VAN como uma prioridade do estado, acho que ela é uma prioridade do MS e não do estado, eu vejo a política muito no encargo dos técnicos comprometidos com esta política, eles querem que vire uma prioridade, que a política seja de fato instituída no Estado, mas hoje isto não está acontecendo. Hoje o que é prioridade pro Estado é a primeira infância melhor que é um programa instituído pelo Estado e não pelo ministério, o que está sempre na mídia, a violência que tá, está batendo na porta de todo mundo e o tal dos óbitos infantis, as demais não são prioridades, não incentivando as demais ações. Bem, dentro da vigilância alimentar eu acho assim, se tivesse um comitê atuante, o comitê seria um, o nutricionista seria outro, mas por de trás da nutricionista teria que ter toda uma equipe também, por que um profissional sozinho também não faz milagres, tem que ter um digitador, tem que ter outros profissionais pra tu poder planejar a e fazer ações, pra tu poderes desenvolver a política dentro dos municípios (ER15).

Externamente, na relação com o Governo Estadual, em que pese o esforço da Saúde para acompanhar as diretrizes gerais do Governo iniciado em 2001, não houve integração suficiente com outras áreas de governo, nem linhas de financiamento específicas para viabilizar uma VAN para o Estado o que prejudicou o desenvolvimento de políticas de SAN de caráter regional. A precariedade da base de sustentação da política no Governo Estadual foi tanto uma expressão como uma causa da baixa institucionalidade das ações de VAN para a região.

Ainda não consigo perceber esta política institucionalizada no Estado, percebo a vontade e o comprometimento dos técnicos no nível central em fazer esta acontecer, mas estes sem o devido apoio institucional. Estas discussões não perpassam nas instâncias dos conselhos e ou em políticas que poderiam estar envolvidos. Hoje esta política não é uma prioridade estadual, as ações estaduais limitam-se ao repasse das ações preconizadas pelo Ministério. Acredito que falte uma discussão maior no nível central para fomentarmos uma política Estadual. Falta o nível central dialogar mais nos espaços institucionais, com as demais políticas, sensibilizar, informar e trabalhar mais com os Gestores Estaduais, com os Delegados Regionais, estar presente no Conselho Estadual de Saúde, buscar apoio no Conselho de Segurança Alimentar, como tantos outros. Temos que nos fazer mais presentes nestes ambientes, se começar no nível central é bem mais fácil prosseguir no nível regional (ER16).

No que diz respeito ao processo de planejamento da política regional, a baixa institucionalidade se expressou nas oscilações de Recursos Humanos nas regionais de saúde e no processo de planejamento do nível central. *Parece-me que a dificuldade fica por conta da*

falta de planejamento para uso de recurso, pois as demandas emergenciais acabam consumindo todos os recursos da saúde, e a falta de planejamento muitas vezes implicam em devolução de recursos, sem serem utilizados. Acredito que já deva existir uma comissão ou um comitê que se encarregaria disto em nível de Estado (ER5).

Eu ainda não vejo a política de vigilância alimentar concretamente fomentar políticas na nossa região, pelo menos nas coisas que eu tenho acesso, eu vejo folders, manuais, até cursos, muito legais, eu vejo que existe uma preocupação de se ensinar em ter melhor aproveitamento dos alimentos disponíveis, com as calorias apropriadas. E isto é fundamental hoje, principalmente quando se observa as doenças na nossa região, a obesidade, diabetes e hipertensão entre outras. Caminhos a tomar para reverter este processo, existem coisas que tem que acontecer eminentemente no nível dos municípios e eminentemente no nível dos estados e nas regionais - então assim ambos têm que sofrer um processo de choque, assim eu vejo o andar do processo do SUS num marasmo, se construiu e se desenhou uma ferramenta digamos administrativa, técnica, pra isto que é o pacto, o pacto também está parado. Se o pacto na nossa região acontecesse, as coisas, o nosso volume, a nossa correria dentro da coordenadoria seria diferente, então estou te revelando outra coisa, por que o pacto não acontece, o pacto aqui na região e no estado todo, ele não acontece por conta de uma dificuldade e atribuição de culpa, vamos chamar assim, do governo do estado que não redistribui aquilo que a constituição manda, aquilo que o estado deveria distribuir para os municípios e os municípios por que assumiram enormemente a tarefa e de financiamento por conta da fonte do município eles já estão exauridos nos seus cofres municipais, vendo o estado não alcançando a cota que deveria obrigatoriamente ser repassada para eles (ER14).

Ao mesmo tempo, a negociação de propostas no horizonte político do território em relação à constituição de redes intersetoriais apresenta-se frágil no estudo. A grande dificuldade se relaciona à compreensão das diretrizes que compõem a VAN e sua interface com a SAN, especialmente no contexto das políticas públicas e da dificuldade da gestão, dos serviços e dos trabalhadores de saúde em romper com práticas orientadas pela centralidade da saúde como campo definidor inquestionável de práticas.

A segurança alimentar está integrada na saúde, assim como outras políticas tem importância, mas eu não saberia falar muito sobre isso. Faz três anos que eu faço este acompanhamento, a gente tem tentado colocar um técnico, mas em função da dificuldade, a gente não está conseguindo. Então pra não deixar os municípios sem um amparo a gente fez uma comissão, mas realmente a comissão não se reúne, a gente não está conseguindo fazer, somente eu estou fazendo alguma coisa. Eu acho que é uma política grande, já tem algum recurso do Bolsa Família, pois eu acho que sem recurso a gente não consegue desenvolver junto ao gestor, primeiro eles querem ver o que é a contrapartida, o que eles irão receber pra desenvolver a política, eu tento conversar isolado com o gestor municipal, quando eu faço uma visita, aí eu mostro, olha temos que melhorar, parabéns, alguma coisa assim, mas individual, ela não chega aos conselhos, pelo menos eu nunca fiquei sabendo, é uma política isolada, individual para cada município (ER17).

As dificuldades relacionadas à implementação (constrangimentos burocrático-administrativos, institucionais e econômicos) podem interferir, em vários graus, na obtenção dos objetivos previstos. O estudo mostra que a resposta (aceitação, neutralidade ou rejeição)

dos agentes implementadores varia em função do entrosamento entre formuladores e implementadores, da compreensão da VAN e do conhecimento de cada fase do processo com as ações a serem implementadas. A desinformação dos gestores no momento da implementação das ações de vigilância alimentar dificulta a institucionalização das ações.

Uma das dificuldades para trabalhar é falta da capacitação dos gestores. Quando um gestor assume para trabalhar num cargo, tem que ter um conhecimento da política, tem que ter um conhecimento do que é o SUS, da responsabilidade, falta uma sensibilização dos gestores para a política, eu não vejo falar que a coordenação do nível estadual, divulgue ou sensibilize para esta política, nos conselhos, na FAMURGS, como outras políticas fazem, eu ainda vejo esta política muito isolada, eu não sei se eles não passam esta informação pra nós das coordenadorias ou eu mesmo não recebo estas informações (ER17).

O trabalho aqui dentro, na coordenadoria é muito complicado, não tem apoio da gestão, tu não tens apoio pra tu ir aos municípios, tu não tem apoio pra tu sair aqui de dentro, pra tu fazer uma capacitação, para chamar o pessoal é um rolo só, isto vem desde a gestão anterior. Nós temos uma burocracia muito grande até pra tu ir à esquina, por exemplo, eu preciso ir até a secretaria de saúde de Lajeado que fica a duas quadras daqui, eu tenho que preencher um papel de saída justificando, pra tu sair 15 minutos e tu ir ali resolver um problema específico do município, um problema do sistema, tu tem que preencher um papel e esperar autorização, isto tira a vontade de qualquer técnico para trabalhar ou fazer um bom trabalho. Fora que tu não tem carro, tu não tem apoio para fazer, pra te deslocar para um município tu precisa de três, quatro pessoas ou tu não sai, e os municípios da nossa regional são muito distantes, então tu não tem o apoio para estruturar, para fazer algo. Então resta tu chamares os municípios pra cá, pra regional, então tu tenta pra que eles venham pra cá, mas a maioria dos técnicos não tem apoio do gestor municipal pra vir, então não vêem, ficando muito no repasse de informações por e-mail, o nosso sistema hoje com os municípios é basicamente repassar informações recebidas por e-mail (ER15).

Apesar da criação de um grupo de trabalho a nível central e de negociação voltados para a política em questão, a análise das entrevistas revelou uma segmentação e uma conseqüente fragmentação nas atividades dos representantes das áreas e baixa participação direta de atores com maior peso político. Paralelamente, os agentes do macroterritório de saúde reafirmam a necessidade de um apoio institucional maior dos dirigentes das regionais de saúde, entretanto, salientam que para esse apoio se viabilizar, deve ser trabalhado no nível central. A natureza das ações de VAN também sugeriram certa fragilidade no processo, visto que esse se configurou mais como uma planilha de acompanhamento com grande número de ações fragmentadas, do que como um plano integrado de intervenção, demonstrando uma dificuldade de priorizar e coordenar ações.

Entre as dificuldades institucionais relatadas, aparece uma necessidade maior de se pensar a implementação junto a cada ente federativo, conhecendo melhor suas necessidades e potencialidades. Entre o conjunto de processos que afetam negativamente ou positivamente a

implementação, temos o de comunicação e participação de um lado e de treinamento e capacitação de outro.

A sessão estadual trabalha com a questão geral da política, mas não com as particularidades de cada região, com as características de crenças, raça, clima, de cada território, a política realmente trabalha no geral, o que a gente observa nas mostras estaduais onde a gente vê bem definida esta parte, as diferenças nas coordenadorias, por isso que eu acho que as coordenadorias tão muito longe da sessão estadual, pois a sessão estadual ainda não conhece, não sabe o que realmente cada região precisa, aí o técnico da coordenadoria se ele não estiver motivado, e não possuir um conhecimento na área, encontra muitas dificuldades pra fazer a política funcionar nos municípios (ER17).

Os agentes sociais do macroterritório relatam que o papel das regionais de saúde se resume em repassar conteúdos demandados pelo nível central e federal para técnicos municipais, sendo que nessas duas instâncias uma das fragilidades são os Recursos Humanos e a pouca sensibilização diante da política. Sempre que esses processos não forem estrategicamente equacionados, os programas tenderam a fracassar, mesmo quando apoiados por forte vontade política das autoridades governamentais dos três níveis de governo (NEPP, 1999: 52). A pesquisa retrata que não existe uma discussão que inclua a complexidade da insegurança alimentar no nível regional (as diferentes faces da insegurança alimentar) pelo nível central e nem fóruns regionais.

Estas questões não chegam aos conselhos, nem municipais e nem no regional, eu quando eu fazia parte do comitê da Bipartite na ISB Regional agora o COGERE, era sempre tratado questões de referência e contra referência, tu vai mandar este paciente para qual centro de referência, traumatologia, tu vai mandar pra onde, tu vai credenciar qual hospital, a gestante de alto risco tu vai encaminhar pra onde, era este tipo de coisa que era tratado dentro das reuniões, mais a assistência imediata e não questões de programas ou políticas, nem de prevenção para planejamento de ações. Os nossos conselhos são muito fracos na nossa região, nosso conselho mais forte que tu tens é Lajeado e Estrela, só que dentro do conselho tu tens, por exemplo, aqui em Lajeado o diretor do hospital que é irmão do secretário de saúde e que é presidente do conselho de saúde, então fica tudo meio que em família e só se aprova o que é de interesse, e o que não é de interesse passa despercebido (ER15).

Enquanto a sessão estadual, eu vejo é que eles centralizam lá, eles ficam lá e transportam toda a responsabilidade da política pras coordenadorias, mas eles não fazem um acompanhamento de perto, assim como a oitava não faz o acompanhamento nos municípios eles também não vem até nós. Por exemplo, aquela coordenadoria não tem o técnico, então vamos programar um encontro, vamos montar com ela uma estratégia pra poder alcançar ou melhorar aquela coordenadoria, este apoio a gente não têm. O que a gente teve foi anos atrás, mas quando era projeto uma ação específica com uma verba, ali eles até vieram trabalhar, eu acho que eles fazem um repasse de informações vinda do Ministério (ER17).

É importante ressaltar que as perspectivas político-ideológicas e os interesses entre os diversos atores ou grupos de interesse envolvidos no processo, em geral, não são convergentes. Disso, decorrem as alterações no curso da política em relação à sua formulação.

Silva (1999:12) identifica vários fatores que contribuem para a distância entre formulação e implementação:

Os recursos, prioridades e a influência relativa dos agentes encarregados da implementação frequentemente mudam; os interesses e a influência dos grupos de interesse de um dado programa podem mudar entre o momento da formulação e o da implementação, mudando sua disposição em colaborar; decisão dos próprios agentes implementadores. Os implementadores devem seguir a orientação da autoridade central, mas por vários fatores isso pode não ocorrer: a) por desconhecimento dos objetivos; b) discordância das prioridades (burocráticas, clientelas, grupos de interesse); c) incapacidade fiscal e administrativa; desconhecimento ou discordância do desenho do programa; impossibilidade do implementador de desempenhar as funções que deveria; e necessidade de adaptação do desenho, por aspectos não previstos na formulação.

O Colegiado de gestão regional e as instâncias do controle social carecem ainda de uma sensibilização das ações intimamente relacionadas aos objetivos da VAN. Além disso, os diferentes olhares dos atores sobre a realidade fazem com que a análise da situação sobre a qual se deseja intervir também apresente diferenças.

As reuniões hoje nos Conselhos estão muito na resposta da assistência, na demanda, já se traz pronto na reunião a epidemia do momento e, isto já toma todas as reuniões. Então realmente dentro do conselho a gente não tem uma discussão sobre isto, porque o foco do momento não é este (ER9). E outra coisa, que deve ser ressaltada é realizar mais sensibilizações e capacitações com os conselheiros, pois de nada adianta ocuparmos estes espaços se nós não munirmos estes conselheiros de informações a respeito da política, e isto eu considero hoje uma das maiores fragilidades da nossa coordenadoria, os conselheiros desconhecem as políticas, as suas ações, conhecem números, mas não entendem os mesmos (ER16).

Percebe-se que a situação é sempre a apreciação da realidade feita por um determinado ator, correspondendo ao seu ponto de vista, à sua visão dos problemas e de suas interações ao recorte espacial e temporal que mais lhe interessa. Mas é importante ter a clareza de que o ator que a enuncia, coexiste com outros atores que também intervêm na realidade, têm recursos de poder, e que nem todos estão presentes nos conselhos de saúde. Lidar com essa complexidade é o espaço cotidiano dos conselhos de saúde. Daí a importância de ter clara a direção que se deseja imprimir à ação. Este deve ser o papel das diretrizes expressas na portaria que rege a VAN: tornar claros os objetivos que devem ser alcançados na implementação, qual a situação futura que se pretende construir.

Outra questão que se coloca é a limitada oferta de liderança política no nível local, que vem fazendo com que os conselheiros participem de vários conselhos simultaneamente. Considerando que as lideranças representam, por vezes, diferentes grupos de interesse em cada conselho setorial, elas acabam concorrendo consigo mesmo, por prioridades na alocação

de recursos. Entretanto, as assimetrias entre as expectativas que gravitam em torno da saúde e as dimensões da saúde nas agendas governamentais não devem ser atribuídas, a priori ou exclusivamente, a equívocos ou desacertos na condução das políticas públicas⁶⁴ (BAHIA, COSTA, STRALEN, 2007:1793).

Vale a pena ressaltar até que a minha função é exatamente de receptor de todos os relatórios institucionais dos nossos gestores, mas nem por isso, o formato do relatório, ele traduz todas as ações que são desenvolvidas em nível de município. No conjunto dos indicadores compactuados pelos municípios, os da política de alimentação e nutrição, VAN não são muito contemplados, eu vejo que a institucionalização da política tem sido em nível de região uma ação quase que voluntariosa pessoal da gerente do programa na casa. Nós trabalhamos em cima de sozinho e ali no município quando tiver, então é bem por aí, então nós só vamos fazer acontecer quando existir vontade, institucionalizada por uma portaria. Desculpe-me, mas eu até nem sei se tem lei, se tem portaria esta política em nível do estado ou é só da união, se for da união a resposta está aí (ER14).

Destaca-se no estudo o processo de convencimento e compartilhamento de responsabilidades no processo decisório, entre os conselhos e os gestores, tendo claros os papéis de cada um, como uma maneira mais produtiva para conduzir avanços na política de vigilância alimentar e nutricional, superando posturas autoritárias ou parceria patrimonialistas.

Esta política deve estar passando pelos Conselhos (Estadual, Regional e Municipal), eles devem assumir isto na sua agenda de discussões, se vamos trabalhar, temos que trabalhar com a divulgação, com as associações de bairros, com as ONGs, aí nós tiramos indicadores muitos bons, a nível municipal esta política não deveria ficar só na secretaria da saúde, ela deve ser planejada entre todas as secretarias com o desenvolvimento social, habitação, agricultura, porque não adianta tratar os problemas de saúde se não tratar as causas, deveria abrir um leque pra mais secretarias pra gente fazer uma discussão mais ampla. Se nós não tivermos claro esta política no nível do município, nós teremos dificuldade de trabalharmos a nível macro ou microrregiões, temos que fortalecer os municípios e após se trabalhar mais em nível de regiões, na minha visão é necessário fortalecer no município e comprometer os conselhos municipais com esta política, saber como ela está sendo trabalhada no município, se ela tem uma visão meramente assistencialista ou não, se ela fica restrita as administrações e onde ela usa estas coisas como um meio de se promover (ER8).

⁶⁴As razões para os descompassos entre as necessidades, demandas e vocalização dos problemas de saúde e seus rebatimentos na hierarquização e a regularidade das políticas governamentais podem ser atribuídas às repercussões extra-setoriais da saúde, mas também ao cálculo sobre a capacidade ou incapacidade de resposta aos problemas relacionados ao sofrimento humano imediato expresso na dor, doença, mal estar e exposição a riscos (BAHIA, COSTA, STRALEN, 2007:1793).

O que eu posso dizer é que hoje os municípios desempenham suas funções, suas responsabilidades muito em função do que eu comentei no início, por uma atitude muito pessoal da nossa responsável pelo programa na região sem ter o aval institucional, e dos municípios que eu percebi movimento neste sentido foi em cooperação a esta pessoa, por reconhecimento próprio da validade, exatamente do sentido que tem o programa para comunidade, ainda mais para os segmentos específicos que os municípios tem feito, provavelmente tem feito algum esforço, mas isto não se pode saber a partir dos relatórios e sim observando as conversas dos gestores e dos técnicos nas reuniões (ER14).

Daí a importância de espaços coletivos, com a presença de membros e lideranças de diferentes conselhos, assim como a existência de canais e veículos de informação integrados por vários conselhos que, ao invés de trabalhar o corte setorializado das políticas sociais, abordem temáticas amplas que interessem a diferentes grupos e movimentos sociais, inclusive em suas expressões e dinâmicas territoriais. Outra questão relevante apontada pelos agentes refere-se à pouca disseminação do conteúdo das ações de segurança alimentar e nutricional e da vigilância alimentar e nutricional nos espaços institucionais de governo.

A COGERE discute os problemas dentro da região e discute vários casos gritantes de problemas de saúde, claro que já discutiu a Educação em Saúde, discutiu os projetos a serem realizados a nível Macro, discute o tratamento em traumatologia, que são um nó para toda a Macrorregião, discutem várias demandas, problemas, ela procura dar respostas a demanda, cada município vem pras reuniões tentando resolver os seus problemas imediatos em saúde (ER2).

A nossa Bipartite foi uma das primeiras dentro do Estado, a se constituir oficialmente e depois, em 2007, virou COGERE, e assim desde a época que eu vim para cachoeira do Sul em 2002 eu não vi nada da PAN nem do SISVAN, nesta instância com pauta, pelo menos eu não lembro e eu acompanho todas as reuniões, assim, fico bem tranquila pra te dizer isto (ER2). Bem como eu vou te dizer isto, não só como membro da Bipartite, mas alguém que acompanha este processo, quando eu ia pra reunião da Bipartite, eu via cada um olhando para os seus interesses, eu não quero aqui fazer um julgamento maldoso, mas eu via o delegado tendo dificuldade de tocar a reunião, por que se ele levantava um assunto da região a nível macro, todos os gestores ficavam discutindo entre eles, não olhando a nível macro, mas sim olhando para o seu umbigo, deixando o delegado com uma situação engessada, ele puxava um assunto, priorizar, mas ali ficava cada um no seu ego, pensando no seu umbigo, na sua particularidade, na sua política, ou seja, como poderiam estar tirando vantagem (ER7).

Nesses espaços institucionais se constituem as arenas de pactuação, que são peças-chaves no processo de implementação das ações de VAN. Percebe-se que existe uma fragilidade na rede de relações que pode estar afetando, positiva ou negativamente, as novas relações e os acontecimentos introduzidos pelo poder público.

A Política precisa ocupar o seu espaço, dentro dos fóruns de discussão, nos conselhos, porque os gestores atuais que passaram quatro anos não sabem da política e agora estão entrando os novos, é fundamental fazer uma nova sensibilização e muitas vezes isto não acontece, fica tudo com o técnico, e ele muitas vezes não sabe fazer isto (ER2). Para melhorar esta política deveria ter uma maior inserção da política junto ao Controle Social, pois as informações resultantes não estão circulando suficientemente. O Estado não está dedicando o devido respeito ao Conselho Estadual de saúde, desta forma existe um enfraquecimento de todo o controle social. A potencialidade é a própria organização de conselhos, porém não está ocorrendo a integração nos Conselhos (ER1).

Mas, para que as possibilidades se concretizem, é fundamental que a perspectiva de interface entre a vigilância alimentar e nutricional e a segurança alimentar seja assumida pelos gestores governamentais nas três esferas de poder como uma prioridade em seus planos de ação. Essa organização potencializaria a implementação das demandas oriundas das Conferências de Saúde, bem como da Conferência da Segurança Alimentar e Nutricional.

Em relação às demandas das Conferências de Saúde, na verdade elas morrem no meio do caminho, uma ou outra se pode implementar, por que isto, porque são muitas demandas no mesmo tempo que ficam na fila, para serem atendidas, estas demandas ao invés de serem menos, por vez, elas vem todas acumuladas, são muitas demandas que são produzidas pela sociedade ao mesmo tempo e muitas destas, ao passar do tempo, não implementadas se tornam desnecessárias. Este é o maior problema, se cria muitas demandas ao invés de se investir em algumas demandas, mais necessárias e mais urgentes, então grande parte deste trabalho é perdido no meio do caminho, então este é o complicador inclusive para aplicação de recursos, porque não se prioriza exatamente o que a comunidade precisa de momento, e se passa de cima pra baixo a impressão que nós estamos fazendo alguma coisa a mais, este é o grande problema que eu vejo (ER13).

Ao mesmo tempo, deve-se ter claro que a integração das ações de VAN envolve não só o enfrentamento de questões de natureza relacionadas à atenção e à gestão, mas fundamentalmente os desafios de cunho político como as relações federativas, o papel do Estado, o papel da sociedade, a relação entre os poderes de Estado, etc. Portanto, superar a fragmentação requer novas estratégias para a produção de saúde, organizacionais e políticas integradoras capazes de manter seu caráter universal, integral, democrático e descentralizado.

O enfrentamento é ainda mais relevante se considerarmos a natureza transversal das várias políticas sociais, como a da SAN, sendo absolutamente insuficientes seu planejamento e sua gestão de forma isolada do conjunto das ações sociais públicas. No âmbito das ações governamentais, há um campo de mediações que vai além da gestão de cada política setorial, é relativo às interfaces e às complementaridades existentes entre as várias políticas públicas, que se encontram fragmentadas, segmentadas no momento da implementação.

Diante disto eu acho que os nossos gestores e talvez até os nossos técnicos ainda não têm consciência da importância desta política na atenção básica, acho que falta uma sensibilização maior, uma divulgação maior desta política, tanto dentro da coordenadoria como nos municípios e região. Esta verba que a gente utilizou para as ações educativas, pra tenta minimizar os problemas pode ser usado de várias formas, ela pode ser usada na política e ser bem aproveitada, mas ela tem que ser divulgada e passar nas instâncias competentes, neste ano nós temos que escolher novas prioridades, pode ser uma continuação dos nossos projetos ou podem ser novas demandas. Aí o colegiado da gestão tem que apontar estas prioridades e eles só vão fazer isto se eles tiverem uma consciência e no caso a coordenação regional tem que mostrar a importância, defender isto dentro do colegiado para ela ter chance de se utilizar pra implementação (ER2).

Chama a atenção o baixo reconhecimento da política estadual de alimentação e nutrição pelos colegiados de gestão, instâncias de controle social, secretários estaduais e municipais de saúde da região, entrevistados na pesquisa. Entre os colegiados regionais, houve uma contundente identificação de problemas comuns, que atingiriam especialmente os municípios da região, sugerindo certo senso de identidade regional. Por outro lado, tais secretários reconheceram uma baixa capacidade de articulação entre si para a construção de uma política estadual e regional ou para pressionar o Governo Estadual nesse sentido e se mostraram críticos à política federal em curso, em geral, negando a existência de uma PAN. Os gestores locais também se posicionaram criticamente quanto à política federal, acusando o MS de distanciamento em relação à realidade local e mostrando relativo desconhecimento de estratégias federais em curso.

Falta discutirmos mais a política Estadual, formarmos um grupo de trabalho, composto por um membro da coordenadoria e um membro do município de cada Macrorregião, que levantariam propostas e ações para o grande grupo e disseminariam estas em outros espaços institucionais. Desta maneira o nível central estaria mais próximo dos seus territórios e os conheceria melhor também. Nos municípios da 13ª CRS, tivemos um avanço muito grande já, mas hoje eu vejo que este avanço é na parte técnica, neste momento temos que avançar com a política, ampliar as ações, ou seja, temos que institucionalizar a mesma nos níveis municipais. Ao mesmo tempo temos que trabalhar mais intensamente nos Conselhos Regionais de Saúde e nos COGERES, espaços pouco ocupados por nós, estes com certeza serão os nossos parceiros para fomentar esta política nos conselhos municipais de saúde (ER16).

Também falta informação para os conselhos, como anda esta questão, como esta questão dentro do município, no estado ou na região, como os gestores estão lidando com esta política, quais são suas maiores dificuldades, falta pautar esse tema pra uma discussão maior. Conferências de saúde têm sido realizadas por toda a macrorregião, mas em poucos municípios se observa a consideração de suas resoluções na elaboração dos planos municipais de saúde. Têm sido, no entanto, balizadoras das ações dos usuários, em busca da efetivação do SUS. Dois exemplos que se pode citar são: a decisão da implantação na macrorregião de um centro regional de referência em saúde do trabalhador; e as ações em saúde mental, onde o movimento organizado de usuários e de trabalhadores de saúde teve papel fundamental. Não se tem acompanhamento e discussão das demandas nem na esfera estadual, regional e nem municipal, pelo menos nunca presenciei nenhuma (ER8).

Então são passadas as informações, é feita uma leitura na maioria das vezes que não tem nada ver com as coisas e fica nisto. Falta então uma grande sensibilização para os delegados das coordenadorias regionais de saúde, uma capacitação dos delegados, porque os técnicos chegam a regional com as informações e estes têm que fazer o trabalho de mobilização dos delegados, eu acho que isto deve já vir do nível central, capacitação dos gestores municipais, se nós conseguirmos fazer isto eu acho que estes irão sensibilizar as equipes para o trabalho. Então nós temos que fortalecer esta rede de apoio no nível central, começando a política ser trabalhada nos conselhos estaduais e com os demais gestores no nível central para então realizarmos o mesmo trabalho em nível da região (ER15).

Conforme já salientado em outras falas, as ações de VAN são pouco debatidas e fomentadas nas instâncias regionais. Essa fragilidade passa para o nível do controle social e, conseqüentemente, para os municípios da região e se dá pelo desconhecimento dos conselheiros da importância das ações na promoção da saúde. Da mesma forma, em nível da região, as ações de segurança alimentar e, conseqüentemente, as ações de VAN são vistas em segmentos recortados de seu corpo, de sua história e de sua inserção social.

Ao mesmo tempo, ao avaliarmos a macrorregião dos vales no *SISVAN/Web* (APÊNDICE I) constatamos diferentes graus de insegurança alimentar. Crianças (0-10 anos), na microrregião da 13ª CRS, apresentam o maior índice em relação à magreza acentuada e a microrregião da 16ª, o maior índice em relação ao sobrepeso e obesidade. Na fase da adolescência, o risco em relação à magreza recai sobre a microrregião da 8ª CRS e do sobrepeso sobre as microrregiões da 13ª CRS seguida da 16ª CRS. Em relação aos adultos e idosos, o risco do baixo peso prevalece na microrregião da 8ª CRS seguida fortemente pela 13ª CRS, contudo o sobrepeso recai tanto sobre a 8ª CRS como sobre a 16ª CRS. Os dados do registro do SISVAN sugerem que no interior da macrorregião dos vales convivemos tanto com a desnutrição como com a obesidade. Esse diagnóstico preliminar nos leva a função maior do SISVAN: indutor de políticas públicas, que no estudo ainda carece fomentar.

Na distribuição do número de indivíduos acompanhados na macrorregião dos vales (Quadro 10), verifica-se uma preponderância de registros do estado nutricional de crianças, talvez por ser a fase considerada como prioritária por sua vulnerabilidade etária, prevista nas condicionalidades da saúde do programa bolsa família.

Unidade Federativa	Fase da vida					
	Criança	Adolescente	Adulto	Idoso	Gestante	TOTAL
8ª CRS	3.616	3.476	6.504	72	72	15.036
13ª CRS	11.986	2.251	5.152	1.823	958	22.170
16ª CRS	8.187	3.616	2.019	357	323	14.502
TOTAL	23.789	9.404	13.685	2.252	1353	50.483

Quadro 10 - Distribuição do número de indivíduos acompanhados com registro no SISVAN Web, segundo fase da vida e Unidade Federativa. Rio Grande do Sul, 2008.

Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN/WEB/2008

Contudo, a macrorregião ainda carece de uma rede regionalizada forte, onde interajam múltiplos atores e organizações, com um trabalho coletivamente planejado e um aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos. Na Oficina Macrorregional dos Vales (OFMV), realizada em 2006, com o tema - *Que SISVAN você quer para o seu município e região* - os participante realizaram a seguinte síntese - *SISVAN que se quer é a efetiva implementação*. Nesse evento, participaram técnicos indutores da VAN das regionais de saúde, técnicos do nível central das ações de alimentação e nutrição e 33 profissionais da Rede Básica dos municípios que integram a macrorregião dos vales (8º, 13º, 16º CRS).

A oficina abriu com questões que nortearam as discussões em pequenos grupos e posteriormente foram relatadas e sintetizadas no grande grupo. A primeira temática trabalhada referiu-se a qualidade no processo de implementação do SISVAN no nível dos municípios, especialmente as ações desenvolvidas junto as Coordenadorias Regionais de Saúde.

O Estado, Ministério e Coordenadorias são parceiros na implantação e implementação do SISVAN, mas os maiores problemas são encontrados em nível municipal – não existe uma discussão preliminar do processo. Trabalhar a Segurança Alimentar como um Direito e livre acesso a alimentação adequada tanto qualitativamente quanto quantitativamente, respeitando hábitos culturais e regionais – tema muito pouco trabalho pelo estado, as ações referentes a esta área são conhecidas apenas pela mídia. O MS possui pouco envolvimento político, outro problema é a descontinuidade de programas, o pouco investimento na estrutura municipal para atenção do SISVAN, o Estado: muita cobrança para pouco investimento, cobra muito e a Coordenadoria: não atinge seus objetivos, porque falta incentivo do estado (RH) e da União (capacitação e recursos financeiros). Na implantação há sempre muito apoio, entretanto falta continuidade para discutir as ações em grupo de municípios. A Coordenadoria tem falta de profissionais para supervisão nos municípios (OFMV).

Percebe-se, pelo discurso, que inúmeros fatores podem estar limitando o processo de implementação da política, entre eles, as relações intergovernamentais marcadas pela falta de integração, bem como a elevada dependência dos municípios em relação às transferências intergovernamentais e baixa captação de recursos próprios.

O município ainda não possui uma PAN instituída, existem ações e as políticas estão sendo trabalhadas, ainda não temos dinheiro, não temos ainda instituída esta política. Porque hoje isto tem que ser uma gestão e não ações isoladas, temos ainda que fazer projetos e dentro destes projetos criar a vigilância nutricional. Em relação à PAN e a VAN não chegamos ainda a pensar ou a discutir sobre isto. O município não tem pactuado nada em relação ao SISVAN, a desnutrição não é pactuada. Na verdade, ainda não me foi apresentado nenhum dado que provêm da vigilância nutricional, nós estamos iniciando algum trabalho, pequeno ainda, com indicadores, como com crianças com baixo peso e também de adultos (ER13).

É necessário que exista um conjunto de relações relativamente estáveis de natureza não hierárquica, que articulem atores, que compartilham interesses comuns em relação às ações de VAN, que troquem recursos para tal, reconhecendo a interdependência e a necessidade de cooperação como a melhor forma. Esse processo envolve diversos atores sociais que, no âmbito dos Estados e Ministérios e das Coordenadorias Regionais de Saúde, deveriam estar se desenvolvendo por meio de cruzamento da participação de gestores municipais, trabalhadores em saúde, conselhos municipais e regionais e da sociedade em geral, com os eixos estratégicos da gestão estadual e da instância regional, entretanto o que aponta o estudo isto é ainda algo a ser conquistado, quando nos referimos à VAN.

Eu tenho visto o trabalho atuante do técnico de saúde responsável coordenando e quebrando pouco a pouco a resistência, que existe nos gestores municipais, a programas novos que estão sendo implantados. Acho que a questão da vigilância alimentar é de suma importância na linha de promoção da saúde, mas infelizmente os gestores estão mais preocupados ainda com os problemas das doenças faltando tempo, interesse ou conhecimento para visualizar programas de prevenção e promoção de saúde. Não podemos desanimar, embora não vão faltar motivos para tal, porque este é um desafio que tem futuro (ER5).

O momento político sem dúvida influencia muito na maioria das questões, porque todas as ações acabam sendo muito voltadas à questão assistencial porque existe a questão política que envolve a questão assistencial, qualquer situação não realizada na questão assistencial dá uma repercussão imensa no nível da mídia e mesmo em termos políticas que uma ação não efetivada na política alimentar. Então o que acaba acontecendo, por questão de pressão, acaba sendo priorizado um modelo mais curativo ao invés do outro, do preventivo e muitas vezes influenciado por questões políticas e não técnicas. Acho que este é um dos maiores desafios do Secretário de Saúde (ER12).

A organização de política pública em rede pressupõe uma governança fundamentada em uma estrutura de compartilhamento decisório e uma institucionalidade reguladora das relações de poder e dos padrões de interação entre os atores e organizações envolvidos, onde se especificam papéis definidos na divisão do trabalho coletivo, sempre buscando a valorização dos objetivos públicos e coletivos.

Os municípios sempre querem basear o que eles fazem no que eles vão receber recursos, se não tiver recursos eles deixam de lado. Bem se nós quisermos que as nossas crianças, nossos adultos tenham saúde nós devemos ter principalmente alimentação se não houver uma política de alimentação, algo que vai ensinar como eles devem se alimentar, nós não temos muito futuro e então eu acho que falta o Estado assumir isto como o seu Papel (ER5).

As políticas no município são meio complicadas, eu ti diria muito centralizadas, assim, por exemplo, eu não tive nenhuma da questão alimentar do Município vindo ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), muitas vezes são ações isoladas, mas eu acho que o conselho seria o forro adequado pra se discutir estas questões. As políticas, eu não sei, não estou criticando este ou aquele governo, mas não está se dando a devida importância que hoje a nutrição representa para todos nós, seja como uma política municipal, regional, macrorregional ou estadual. Na medida em que eu coloco as restrições ao município, como ao nível regional, eu coloco também ao nível estadual (ER7).

A experiência histórica tem demonstrado que integração na saúde não se conquista com modelos hierárquicos, piramidais, burocratizados e com centralização do poder. Uma política pública integrada em rede pressupõe ampliação da capacidade regulatória do Estado de forma a proporcionar bases institucionais sólidas para a definição de parâmetros da relação público-privado. Essa rede permite a construção constante de processos de aprendizagem capazes de superar impasses e estagnações no processo decisório e na formação de compromissos coletivos.

A instância regional deveria construir a integralidade por meio da implementação da interdisciplinaridade no exercício profissional e do estabelecimento de interfaces entre as ações técnicas para que configurem políticas; porém continuamos organizando o trabalho nos seus desenhos programáticos, por incentivos e seguindo Normas Técnicas estabelecidas de forma vertical. Dentre as dificuldades para o exercício do planejamento descentralizado da gestão regional do SUS está a noção, ainda enraizada, de pensar as políticas de saúde de maneira fragmentada e que a organização das ações é preponderantemente configurada em Programas, Incentivos e Normas Técnicas.

Nós temos uma saúde muito politizada e virada para a saúde curativa, este é o nosso problema, e isto eu acho que é em nível do Estado e até do Brasil. Por mais que o gestor conheça a realidade ele está mal assistido, por que os mesmos que fazem a preventiva fazem a curativa, e eles preferem fazer a curativa porque eles ganham mais na curativa. O gestor tem noção, tem noção sim, mas muitas vezes ele está muito mal cercado pelos seus assessores e ao mesmo tempo ele não está dando a devida importância para cada unidade, este foco é verdadeiro e não é de hoje vem de outros governos (ER9).

Como vimos, os programas existem como práticas dissociadas umas das outras e lhes damos a vigência quando acreditamos que basta definir metas baseadas na vigilância à saúde. Não é aceitável que a vigilância alimentar traduza a noção de integralidade, os servidores de

saúde devem estar organizados para promover a escuta das necessidades de saúde e ir-se reordenando em desenhos de equipe, de ações e de suporte técnicos, financeiros e operacionais.

As nossas lideranças políticas, no governo passado, colocavam muitos políticos para assumir uma secretaria, e estas pessoas quando assumem uma secretaria inclusive da saúde, querem fazer suas próprias políticas para estes se elegerem como vereador, vice-prefeito ou prefeito. Tudo isto gera disputas, por exemplo, o secretário da saúde não está fazendo um bom trabalho e o secretário da educação está fazendo um bom trabalho, e isto daqui a pouco gera problemas políticos. Então existem cargos dentro do Estado ou no Município que não podem ser pessoas políticas, tem que ser pessoas que pensem a política na sua pasta, não pensando a política para se promover, pro seu futuro, para se eleger um vereador ou quem sabe um prefeito, e isto atrapalha então eles não interagem entre uma secretaria e outra. Eu faço meu papel na saúde, mas o secretário da assistência social não faz, o secretário da educação por ciúmes também não quer participar, o secretário do meio-ambiente também não quer participar porque o outro se projeta demais. Numa campanha política todo mundo usa mais saúde, mais educação, mais segurança, mais não sei o que, mas sempre a saúde ta em primeiro lugar, e a saúde quanto mais demandas tu vai criando, quanto mais programas tu vai se agregando que o próprio SUS implanta, mais demandas vão surgindo no município (ER8).

Para a política conseguir se fortalecer, institucionalizar uma ação na região ou mesmos nos municípios, é preciso utilizar melhor os dados gerados, por que na realidade não só da parte do SISVAN, mas na parte de todos os dados, nós temos uma infinidade de informações, mas muitas vezes não são utilizadas as informações que são geradas e dificilmente elas chegam ao gestor, o que dificulta o entendimento desta política e isto acaba fazendo que muitos dados acabem se perdendo dentro e não sejam utilizados para ações mais efetivas sobre os mesmos (ER12).

Em relação ao controle social e à participação, a intersetorialidade das ações é inexistente. Se as mesmas acontecem em algum momento, é somente pela vontade do técnico em executar e, como os municípios parecem ainda trabalhar em caixas, executando verticalmente o que vem determinado, as ações em municípios maiores ainda são mais complexas.

A maioria dos municípios não possui Conselho de Segurança Alimentar ou se tem está desativada. Em municípios de pequeno porte se torna mais fácil a formação de parcerias, como por exemplo, Pastoral da Criança e da Saúde e ASCAR/EMATER que em alguns momentos auxiliam na implementação. Em dois municípios da Macrorregião dos vales os agentes contam com o apoio de outras secretarias municipais como, por exemplo, assistência social e educação (Bolsa Família). Já em municípios maiores as parcerias tornam-se bem mais difíceis. Na região da 8ª CRS E 16ª não existe parceira nenhuma (OFMR).

Apesar dos desafios, uma atenção especial deve ser devotada às arenas, por constituírem-se em inovações institucionais que podem impactar significativamente as relações entre Estado e organizações sociais, dificultando ou facilitando a implementação da VAN. Arruda (2006:2) refere que é necessário dar novo sentido à *ideia de descentralização e municipalização dos serviços de saúde e construir um sistema de seguimento, avaliação e*

controle das atividades considerando que atualmente as informações em saúde existentes não estão fazendo o sentido que deveriam fazer nas milhares de arenas, que são os conselhos de saúde do Brasil, denotando uma transição voltada para a passagem de um modelo fragmentado para as redes de atenção à saúde e desse modo perdendo sentido para os processos decisórios.

Assim, entre os pontos críticos mais relevantes que podem estar comprometendo a efetividade da VAN estão os *poucos RH e tecnológicos, o comprometimento dos usuários, o desconhecimento dos profissionais da rede da importância da política bem como a alta rotatividade de pessoal.*

Quanto aos recursos estaduais, não existem há muito tempo, não tem recursos estaduais e a união também deixa a desejar, por que eu digo isto, porque o município investe a sua parcela 16%, 15% obrigatório pela emenda 29, o estado não atinge os 5%, ano passado foi 4,7% e a união brinca com os recursos. Nós temos que, dentro dos minguados recursos dentro do município, nós temos que qualificá-los cada vez mais, para podermos fazer mais ações básicas, com estas ações básicas nós evitamos 50% das internações, nós temos exemplos muitos bons em cima disto, nós temos hoje quase 50% de IH sobrando em Lajeado, porque a nossa básica é muito boa. Mas esta vigilância alimentar deixa muito a desejar, nós temos que melhorar muito ainda, as internações, a saúde de nosso povo, se nós implantarmos nós teríamos que pegar estes recursos da alta complexidade para aplicar aqui, mas nem sempre isto é possível (ER13).

Em relação aos recursos acho que o recurso é o grande gargalo porque a gente ainda está com muitos gastos na assistência e pouco investimento na prevenção na atenção mais primária. E como eu falei no início existe um grau de pressão muito grande em cima da assistência, tudo acaba recaindo em cima de questões mais assistenciais e a própria atuação tanto dos conselhos ela é muito focada na assistência, este é o maior conflito na implantação da política (ER12). O que eu posso afirmar também, porque eu atuo na área de financiamento, o governo fez uma leitura e por consequência os coordenadores da SES, do dinheiro que tinha e o que se poderia fazer, então digamos assim, a nossa assessoria técnica de planejamento da onde eu estou falando, a reunião priorizou programas, pelo recurso que ficou restrito em decorrência de uma decisão da governadora, isto é que está acontecendo e é minha leitura agora (ER14).

Outra questão percebida nas falas dos agentes refere-se ao fato que as percepções de visão de mundo compartimentalizado ainda persistem, colocando a informatização como mais um entrave institucional do que um processo potencializador de uma rede regionalizada. As informações obtidas, quanto à utilização dos dados gerados confirmam que o SISVAN, ainda não conseguiram superar problemas que apresentaram desde sua origem no Brasil, como já foi demonstrado no estudo de Batista-Filho e Rissin (1993), nas primeiras experiências de implantação do sistema. O autor enfatiza que a análise e interpretação dos dados obtidos têm ficado em segundo plano e, portanto, não produzem ações concretas.

Falta apoio dos gestores públicos; Falta de gestão comprometida com a questão da Nutrição; além da Falta de pessoal e sobrecarga de trabalho; Dificuldade de locomoção nas áreas de difícil acesso. Dificuldade de intersectorialidade falta reuniões de equipe nos municípios. Mais fiscalização e supervisão dos conselhos regionais de cada área profissional. Os relatórios do SISVAN não são utilizados para gerar informações (não são fidedignos) (OFMR).

Constata-se, paralelamente, que a exigência formal de implantação do SISVAN não foi suficiente para garantir a geração e utilização local de informações sobre o estado nutricional dos indivíduos nos municípios. O SISVAN se insere em realidades que não utilizam a informação como um instrumento gerencial. Percebe-se que a incorporação na prática demanda mudanças que não dependem somente de normas burocratizadas.

Se, por um lado, o caminho que estamos visualizando passa pela interface das ações de vigilância alimentar e nutricional e pela interdisciplinaridade no desempenho técnico dos trabalhadores, por outro, percebemos que não é suficiente apenas sua viabilização, pois para organizar as ações coletivas é necessário abertura política à participação e controle social. Ao gerenciar o trabalho nas coordenadorias regionais de saúde, os programas deverão ser desdobrados em políticas de saúde e não mais atender aos recortes de problemas de saúde da população, integrando, dessa forma, as metas estipuladas nos objetivos do milênio.

A análise empreendida identificou dificuldades de ordem estrutural, institucional e política. As dificuldades estruturais são as que parecem apresentar maior força para explicar a baixa institucionalidade. As dificuldades estruturais se relacionam à limitada integração entre políticas públicas e à baixa capacidade de articulação de atores regionais envolvidos com as políticas públicas. Outro grupo de dificuldades é de ordem institucional, com destaque para a baixa consideração das peculiaridades regionais.

De forma geral, a lógica regional não se mostra fortemente presente na formulação, implementação, planejamento, financiamento e regulação da política estadual de alimentação e nutrição. E por último o grupo de dificuldades se relaciona a variáveis políticas. Destacam-se, nesse sentido, as inflexões na conjuntura do Governo Estadual, pode ter sido a baixa prioridade dessa política na agenda principal dos dirigentes do Estado com maior poder decisório, visto que a pesquisa registrou uma distância entre o reconhecimento da relevância da política e a sua priorização efetiva por dirigentes.

A seguir apresentaremos as características institucionais mais presentes nas estruturas governamentais envolvidas na implementação da política de vigilância alimentar e nutricional no microterritório de saúde- 13^aCRS. Procurar-se-á descrever a maneira como foi implantada e está sendo implementada a política de vigilância alimentar e nutricional, bem como os

esforços para aparelhar a rede de saúde com equipamentos necessários à avaliação nutricional, os fluxos de comunicação e divulgação de informações, mobilização e preparação dos atores, apoio logístico, financiamento (recursos financeiros), monitoramento, avaliação das bases sociais e políticas de apoio. Ao mesmo tempo, buscar-se-á descrever o conhecimento dos gestores sobre as finalidades e responsabilidades institucionais da implementação da política, as condições de informação e capacitação dos agentes da sociedade civil e governamental sobre as diretrizes da política, o comprometimento dos agentes envolvidos no processo; a inter-relação entre instituições e secretarias, gestores e agentes implementadores; o entendimento, a participação e a aceitação dos desenhos produzidos para a implementação bem como o grau de conscientização dos agentes políticos sobre os problemas sociais da alimentação e da nutrição.

6.5 O Drama institucional na implementação de uma política descentralizada

Esta seção apresenta o processo político institucional no momento da implementação das ações de VAN. A dimensão microterritorial do estudo tem foco nas microrregiões de saúde que são referências para a macrorregião dos Vales, especificamente os municípios de Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires (ambas em gestão plena) e um de seus respectivos módulos assistenciais, no caso específico, o município de Rio Pardo (gestão plena da básica), escolhido aleatoriamente entre os demais módulos assistenciais que integram as microrregiões de saúde estudadas.

O microterritório de saúde – 13ª CRS - abrange uma área de 7.314,16 km² distribuídos em 13 municípios (Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires, Rio Pardo, Candelária, Vera Cruz, Mato Leitão, Vale Verde, Passo do Sobrado, Gramado Xavier, Pântano Grande, Herveiras e Sinimbu) e soma uma população de 331.275 habitantes. O município mais populoso é o de Santa Cruz do Sul com 119.803 habitantes e o de menor população é Herveiras, com 3.015 habitantes (IBGE, 2004).

As atividades de implementação no microterritório⁶⁵ estudado serão apresentadas tal como são descritas e problematizadas pelos atores nelas envolvidos e serão analisadas à luz da

⁶⁵Cabe às Secretarias Municipais de Saúde: Acompanhar a situação alimentar e nutricional da população por meio do SISVAN;

Art. 6º Estabelecer que as ações do SISVAN possam ser ofertadas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por estabelecimentos de assistência à saúde.

discussão empreendida nos capítulos anteriores. A análise buscará esclarecer de que forma certos fatores administrativos e políticos, como a comunicação, integração e negociação de recursos e apoios se estruturam e funcionam durante a implementação. Tais inflexões serão analisadas a partir de três dimensões selecionadas: as características institucionais na implementação das ações de VAN no microterritório de Saúde; integração entre ações e articulações e cooperação entre programas e finalmente a setorialização e articulação dos conselhos e colegiados que integram o microterritório de saúde.

6.5.1 Características institucionais na implementação

A implementação da vigilância alimentar e nutricional no microterritório ocorreu de forma semelhante a outros municípios brasileiros após a implementação do Programa de ICCN instituído pela portaria nº 709/GM em 10 de junho de 1999, que reforçava a proposta da Rede/SISVAN. A 13ª CRS celebrou o contrato mediante a adesão ao SISVAN, ao Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais e nas condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/96 – NOAS 2001 (BRASIL, 1999a).

Com a celebração do convênio, os municípios passaram a receber um montante financeiro destinado ao custeio das ações do programa tendo como contrapartida municipal 10% do custo do programa e do atendimento através da suplementação de 40% das recomendações calóricas e 100% das protéicas. A instituição de incentivo financeiro é considerada característica da implementação política e, secundariamente, da implementação administrativa.

A modificação no padrão das transferências de repasses financeiros gerou alterações significativas nas relações de poder estabelecidas entre os municípios e o estado. Até então, o papel de intermediário do repasse de verbas significava, para o gestor estadual, capacidade de indução e um dividendo político que posteriormente seria perdido. O período de 1999/2000 constituiu para a SES um período de “*releitura*” das ações de alimentação e nutrição no estado, provocado pelo governo da coalizão política que apoiou o PT, que tomou posse em 1999, no Estado do Rio Grande do Sul. Esse governo estadual apresentou em 2000 o PESANS à Política de Cidadania Alimentar.

Art 7º Definir que o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde estabeleçam parcerias com órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, governamentais e não governamentais para o fomento das atividades do SISVAN.

O programa Cidadania Alimentar previa suplementação alimentar para a população em risco nutricional ou em situação de vulnerabilidade social visando à melhoria das condições de saúde e à redução do impacto dos custos da alimentação na renda familiar, ao mesmo tempo em que pretendia desenvolver ações integradas na área da saúde, agricultura, educação, trabalho e assistência social visando à emancipação das famílias e sujeitos beneficiados, estimulado através do repasse de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. O requisito para a adesão consistia na implantação do SISVAN e no PCCN do MS. Entretanto, o programa nasceu num período pré-eleitoral, marcado pela falta de recursos do estado repercutindo no repasse financeiro e este fragilizando a adesão dos municípios, bem como o viés-político demarcado pelo ano eleitoral.

Entre as ações realizadas pelo governo do Olívio Dutra (PT) para a implementação das ações, destaca-se a nomeação de técnicos de saúde na esfera estadual. Nesse período, foram incorporados, ao departamento de ações de saúde da Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul, profissionais Nutricionistas, alocados em diferentes setores e coordenadorias regionais de saúde. A partir da integração do profissional Nutricionista no departamento das ações em saúde no microterritório de saúde em 2001, iniciaram-se as discussões referentes ao planejamento para as ações de alimentação e nutrição e a implementação do SISVAN nos municípios de sua área de abrangência.

Nesse período, havia poucos registros, apenas alguns formulários de acompanhamento das crianças menores de dois anos inscritas no ICCN que previam o monitoramento pelo sistema de vigilância alimentar. Os formulários encontravam-se incompletos e confusos. Por sua vez, no microterritório não havia monitoramento das ações implementadas. A primeira ação realizada no microterritório de saúde buscou levantar a realidade institucional junto aos técnicos de saúde dos municípios. As principais dificuldades institucionais relatadas pelos municípios foram:

- ✓ Falta de um profissional responsável pelos programas e no caso específico das ações de vigilância alimentar;
- ✓ Carência de uma discussão e de um trabalho maior incluindo a questão da alimentação e nutrição, o trabalho se dava muito mais no plano curativo e assistencialista;
- ✓ Falta de comprometimento por parte dos gestores, por não conhecerem a política em questão;
- ✓ Ausência de um quadro técnico para atender às dimensões e peculiaridades do SISVAN;
- ✓ Insuficiência e demora na liberação de recursos;

- ✓ Necessidade de melhoria da qualidade e do fluxo das informações geradas pelo SISVAN;
- ✓ Informações não disponibilizadas dentro de um prazo adequado para a tomada de decisões;
- ✓ Dados inconsistentes, denotando que a proposta somente avançou em quantidade;
- ✓ ICCN, levado aos municípios da 13ª CRS como um estímulo à implantação do SISVAN, não apresentando avanços, uma vez que inúmeras prefeituras o entenderam apenas como requisito administrativo para a celebração de convênio;
- ✓ Existência de um contingente importante de municípios que declaram ter a Vigilância Nutricional implantada, mas sem cumprir o principal objetivo do SISVAN – informar regularmente o perfil nutricional e alimentar da população.

A partir desse registro, o microterritório iniciou uma sensibilização junto aos gestores para designarem um técnico de saúde responsável pelas ações de VAN nos municípios. Durante o ano de 2001, a principal estratégia foi formar uma equipe de trabalho, designada pelos gestores de saúde de cada município para uma capacitação. Salienta-se que todos os profissionais designados pelos secretários de saúde para participarem das oficinas e da sensibilização eram enfermeiros ou técnicos administrativos.

O ano de 2002 é marcado por novas agendas políticas, com a posse do governador Germano Rigotto (PMDB) ao governo do Estado do Rio Grande do Sul e programas do governo anterior são interrompidos, entre eles, o programa cidadania. Observa-se que até esse momento, a implementação da política não era prioridade; com a nova agenda governamental, as ações além de continuarem verticalmente se esvaziaram no contexto político do estado. Essas passaram a ser fomentadas e financiadas pelo Ministério da Saúde a partir da PAN, principalmente no início do governo do PT. Na percepção de um entrevistado – *Acho que nunca na história do país. Parafraseando a LULA se investiu tanto. Nunca se recebeu tanto recursos financeiros do governo Federal (EM7).*

Entretanto, no período analisado, o SISVAN, no nível estadual, não avança em termos institucionais, evidencia-se um descomprometimento político e institucional, esse permanece conduzido por uma equipe técnica que se esforça no cumprimento das ações fomentadas do nível federal, ou seja, como um mero transmissor de informações recebidas. Esse por sua vez possui a responsabilidade de repassar às regionais de saúde, que tem a incumbência de capacitar e trabalhar as normas técnicas nos seus municípios de abrangência.

No microterritório de saúde, a condução da implementação prosseguiu nos moldes do nível central, através de uma técnica de saúde. Essa, em função de sua vocação e sensibilização junto as ações de segurança alimentar e nutricional já havia iniciado timidamente alguma ação maior de vigilância. Assim, já contava com algum apoio técnico nos municípios de sua área de abrangência e já havia conquistado no nível regional uma autonomia na forma de conduzir e fomentar a política. Segundo relato de um entrevistado, *acho que o governo Estadual deixa muito a desejar no sentido financeiro, mas em compensação nos fornece muito o apoio técnico regional, no nível municipal deixa muito a desejar também no nível financeiro de dinheiro mesmo* (EM7).

Em nível da Coordenadoria Regional de Saúde, a questão da política é bem incentivada, trabalhada, eu acho que se ela está acontecendo é porque o nível regional incentiva, mas eu acho que falta a nível Federal, tá muito superficial esta parte. Eu acho que está muito solta ainda está política e a nível central do estado também ainda falta muito, parece que ela não é prioridade do governo estadual. Eu acho que falta mesmo é comprometimento dos governos, mais capacitações, não somente nos municípios, mas também nos programas do governo Federal e Estadual, eu acho que os programas conversam muito pouco, acaba fazendo muita coisa dupla, trabalhar mais com os técnicos para poder captar mais estes problemas (EM2).

Segundo relato dos agentes governamentais, um fator que reforçou a inserção da temática na atenção básica no microterritório de saúde foi a incorporação do PBA no mesmo período pelo governo nacional, que substituíu gradualmente o ICCN. O PBA tinha, como pré-requisito, promover a VAN através da coleta e análise dos indicadores antropométricos dos beneficiários e informados no aplicativo SBA. O SBA-Municipal era responsável por qualificar os candidatos no que se refere às informações domiciliares, familiares e nutricionais, além de acompanhar a agenda de compromissos de saúde oferecida pelo Ministério. Os registros da 13ª CRS evidenciam no período de transição dos programas governamentais (ICCN/ CIDADANIA ALIMENTAR), houve uma priorização na atenção de crianças e idosos em risco nutricional no microterritório de saúde.

No Biênio 2002/2003, os municípios do microterritório já haviam incorporado, pelo menos parcialmente, as ações de VAN na sua rotina de trabalho como uma ação paralela às atividades rotineiras. No término desse período, dos 13 municípios, oito contavam com o profissional Nutricionista e haviam criado o cargo para as Nutricionistas no SUS. No período 2004/2005, iniciou um planejamento que previa uma série de ações e linhas de trabalho que tinham por objetivo intensificar a implementação do SISVAN. Dentre as ações iniciadas no período, os agentes destacaram as capacitações realizadas pelo nível central, as reuniões

mensais de discussão e teorização dos problemas vivenciados no microterritório de saúde, a divulgação da portaria do SISVAN e as publicações de apoio técnico.

No plano estratégico de ação, a ideia, no momento da implementação, era permitir que critérios técnicos fossem adequadamente valorizados durante o trabalho de implementação, sem perder de vista a dimensão gerencial e política. Ao mesmo tempo, o estudo mostra que o estabelecimento de critérios técnicos para a implementação do SISVAN não representa, como poderia parecer à primeira vista, a prevalência do padrão de implementação administrativa. Ao contrário, é o viés político da implementação que, ao confrontar o modelo anterior de implementação do SISVAN no Estado, permite que critérios técnicos sejam observados durante o processo de instalação do programa. Combinam-se características da implementação administrativa e implementação política. Os técnicos do microterritório de saúde constataram que havia uma situação comum aos municípios: processo de descentralização em andamento; infraestrutura de saúde muitas vezes precária; poucos recursos financeiros disponíveis.

Hoje no município tem muita troca de profissional, quando um aprendeu a trabalhar no sistema já tá saindo, ou fazem errado, então eu prefiro digitar tudo mesmo. Na ESF tem muita ação a desenvolver, mas eu não consigo chegar até lá, muitas vezes trabalho apagando incêndio, acho que o município deveria ter mais profissionais da área. Sabe, agora, até já cancelei palestras na comunidade para me dedicar a digitação do Bolsa Família, pois estas coisas tem prazo e tem que ser cumpridas. Então se eu tivesse bem mais tempo, com certeza eu faria bem mais coisas e meu trabalho seria melhor. Hoje eu me sinto um pouco desmotivada eu poderia fazer mais coisas e não consigo, fico presa na digitação (EM12).

A adesão dos municípios ao SISVAN foi pautada pelo caráter pragmático das decisões, esse ligado ao repasse de recursos fundo a fundo. *Quanto aos recursos os municípios só se preocupam se vão perdê-los. Mas em colocar mais profissionais para trabalhar nesta área não (EM1).* O atrativo financeiro foi o motor exclusivo dos processos de implementação. Tal motivação ocasionou uma série de problemas e distorções na sua implementação nos municípios. Uma das entrevistadas cita, em especial, a baixa capacidade de compreensão sobre o significado do SISVAN e o perfil inadequado dos RH para o programa.

A vigilância para os gestores é simplesmente mais pesagem, mais papéis para ser preenchido, mais um trabalho que não serve pra nada, agora tá um pouquinho melhor, mas eles ainda não têm claro para que serve a vigilância. O município não trabalha muito com as questões de segurança alimentar, ele não tem um entendimento do que é segurança alimentar. A maioria dos profissionais que trabalham na rede de saúde eles não entendem muito a importância disto, de se fazer vigilância, então pra eles é só mais um papel pra preencher, porque fazer isto é só mais um papel. Quase todas as equipes estão com muito trabalho, é muita coisa pra eles fazerem com muito pouco RH, tem unidades de saúde que tem um técnico de saúde mais nada, e é muita coisa pra uma pessoa só fazer, faltam pessoas (EM10).

O fato relevante que desponta na análise é que existe um longo caminho entre a concepção ideal de uma VAN ampliada e sua efetiva implementação. A condução da política é levada e pensada por um técnico que se encontra sozinho para pensar e planejar a proposta no nível municipal. Esse profissional muitas vezes não possui uma contextualização teórica do processo, ao mesmo tempo possui dificuldade em transitar em outros ambientes para realizar a interlocução da política.

No município quem decide sobre a condução da estratégia para o município é o Nutricionista, mas sem apoio do Coordenador da Saúde (UBS), PSF e Secretário da Saúde, não há ação. A minha maior dificuldade foi fazer a digitação dos dados e utilizar os dados, porque não adianta de nada levantar os dados, descobrir que os idosos estão obesos, que as crianças estão vivendo uma transição nutricional, mas o que tu vai fazer na prática. Então a minha grande dificuldade foi trabalhar com todas estas políticas, sendo que eu sou uma nutricionista só na saúde. Eu gostaria de fazer muito mais coisas aqui no município, mas não tenho tempo, ou seja, implementar na prática esta política, com os dados, pois com os dados tu consegues fazer ações na prática, questões concretas, tu consegues solicitar ajuda para um programa de carência alimentar, tu consegues trabalhar, mas a grande dificuldade neste momento está sendo este tempo, ou seja colocar tudo na prática que está no papel (EM11).

Quem determinou até então a estratégia de funcionamento do SISVAN e das ações de alimentação e nutrição no nosso município foi a própria equipe do nosso centro materno infantil. Então, foi muito desenvolvido pela equipe mesmo, não pelo gestor, eu vejo que se criou mais frente à necessidade da própria equipe de médicos, enfermeiros, pediatras, ginecologistas e nutricionistas, foi uma ação, uma construção coletiva da equipe, uma resposta da demanda da equipe de saúde. Ali a gente está vendo agora o quanto melhorou os índices de saúde deste centro materno infantil depois de implantar a política (EM2).

A consideração acima chama a atenção para o ambiente desfavorável à aprendizagem institucional durante a implementação do programa no Microterritório de Saúde. Esse pode ser reforçado se analisarmos os meios utilizados pelos técnicos da SES na capacitação dos municípios. O próprio termo – capacitação – já denota que a política é repassada a partir de normas técnicas - carecendo uma contextualização do local - dos aspectos políticos, técnicos e financeiros implicados na decisão de aderir ou não ao SISVAN. Esse processo soma-se a desresponsabilização do agente ou até mesmo ele foi possivelmente dirigido a técnicos com baixo poder de decisão, comprometendo e fragilizando ainda mais a proposta.

Em outras palavras, *acima de tudo o profissional tem que ter uma vocação pra isto, pra sensibilizar (EM3)*. Como assinala Sabatier e Jenkins-Smith (1999), um aspecto relevante da defesa de um programa ou política é a sua apresentação e defesa em ambientes potencialmente ou efetivamente favoráveis ao seu desenvolvimento. Em escala mais modesta, o exemplo demonstra que os técnicos estaduais não consideraram certos aspectos políticos da implementação local. Para que uma política seja implementada é imprescindível que seus realizadores estejam conscientes das metas e objetivos da mesma, que tenham uma postura

crítica frente ao problema em questão e que compreendam e acreditem na importância de suas ações para o alcance do resultado esperado.

Os relatos apontam vários fatos importantes para a análise do processo de implementação. A Secretaria Municipal de Saúde iniciou o trabalho sem o cumprimento de uma de suas etapas cruciais – interlocução com e entre os gestores e a sociedade civil. Tampouco, respeitou critérios técnicos para promover a VAN. O programa foi iniciado de forma improvisada, denotando ausência de conhecimento de seus fundamentos e características.

Exatamente aquilo que significa o SISVAN eu não saberia te dizer, parece-me que é aquela parte da paisagem, do acompanhamento das vacinas, o pré natal, que são condicionalidades do Bolsa Família para que as famílias ganhem o Bolsa, se não me engano isto faz parte da saúde, acho que isto faz parte do SISVAN, este termo ainda não foi trabalhado (EM9).

Apesar da preocupação dos técnicos do microterritório de saúde em sensibilizar os implementadores locais para a importância do SISVAN, não foi possível, aparentemente, capacitá-los de forma suficiente para que a instalação ocorresse respeitando critérios técnicos importantes. *A vontade política por parte dos gestores das três esferas é de fundamental importância para que a PAN se desenvolva na sua forma plena e satisfatória (EM17). Deveria começar o reconhecimento pela Coordenação do Estado, uma política dessa importância para todas as outras políticas envolve todos os ciclos de vida, deveria estar em contato direto com outros coordenadores incentivando e capacitando todos os profissionais envolvidos nas políticas (EM1).*

Em relação aos pontos frágeis destacamos pouco comprometimento dos gestores com a VAN, uma política fragmentada, e isolada. Falta prioridade estadual frente à política. A principal dificuldade é fazer com que o gestor possa se sensibilizar com a VAN e possa realmente aproveitar de forma estratégica o banco de dados para desenvolver ou potencializar a segurança alimentar, e para isto é necessário vontade política dos gestores (EM13).

Hoje o município não possui uma política sua de alimentação e nutrição a não ser que seja na área da saúde, mas eu não conheço, pois a alimentação e nutrição ficam muito mais na saúde, porque lá tem um técnico da área que ajuda a desenvolver estas ações. Mas nos conselhos e nas reuniões que já participei, eu não ouvi nada a respeito do município ter uma política sua (EM9).

Percebe-se que o SISVAN ainda não conseguiu provocar os gestores municipais no sentido de orientar as políticas e as práticas de saúde de acordo com a realidade epidemiológica que mostra a necessidade de planejamento de estratégias e ações intersetoriais que dêem conta da coexistência de distúrbios nutricionais de diferentes naturezas. As informações obtidas quanto à utilização/interpretação dos dados do SISVAN no nível local

tem ficado em segundo plano não produzindo ações concretas. Ao mesmo tempo, os relatos apontam uma carência no monitoramento da política. A informação permanece ser trabalhada, sendo que os resultados servem não apenas para justificar o uso de recursos públicos, mas também para corrigir rotas de programas em curso e fornecer informações importantes para programas futuros.

Nós ainda não chegamos ao ponto de uma política, eu acho que não, desta parte do sistema, nós temos hoje a prática nos postos de saúde, mas eu ainda acho que os profissionais não vêem isto como uma política, para eles é apenas um monitoramento onde eles vão passar os dados para a nutricionista e em cima disto ela vai fazer uma ação, os dados não são discutidos, por isso eu acho que ainda estamos longe de uma política onde possamos estar fazendo uma ação na prática (EM11).

Existem ações levantadas pela vigilância nutricional, sim, mas são bem pontuais, isto é, aquela equipe se compromete trabalhar com obesidade infantil, a outra com a anemia. Acho que a gente já evoluiu muito na nossa política, mas ela ainda não está de fato acontecendo na prática como deveria ser, temos ações isoladas, mas não planejamos juntos, até porque ela não é uma prioridade do gestor. O município ainda trabalha muito no assistencialismo, no tratamento imediato. Observando a nossa realidade no interior eu posso dizer que um dos maiores problemas é que eles estão fazendo uma inversão, eles não estão usando os alimentos que eles plantam, eles estão comprando muito, muito produto industrializado, muita pouca verdura e fruta e consomem muita gordura e farináceo e na periferia urbana existe um consumo muito grande de gordura e industrializados. As famílias não ingerem mais água é só refrigerante, principalmente aqueles mais baratos. Entre os problemas que a gente pode ta observando é o aumento da anemia, da osteoporose, pois eles não consomem mais leite e tomam muito café, problemas cardíacos, hipertensão e diabetes mellitus muito alto (EM10).

O uso incipiente da informação como ferramenta para formulação de políticas públicas locais, decorre da centralização dos processos de formulação e gerenciamento das políticas sociais no país, que muitas vezes deixa para o município apenas a função de executar algo pronto, concebido fora da sua realidade e imposto de cima para baixo. Entre os entraves observados no microterritório de saúde, pode-se dizer que são em parte resultante da análise insuficiente de planejamento para a descentralização da política, *deve-se ao caráter vertical dos programas de nutrição e/ou por características próprias do arranjo institucional*. As percepções no estudo vão ao encontro do estudo realizado por Santana e Santos (2004:289) que destacam que

O SISVAN se inseriu em realidades que não utilizavam a informação como um instrumento gerencial e que, a incorporação desta prática demanda mudanças que não dependem somente de normas. Verificou-se na análise do sistema como instrumento gerencial, que houve uma reprodução de problemas conhecidos em outros sistemas de informação. Estes tais problemas, destacam-se a produção de informações no nível local, muitas vezes de qualidade discutível, e o seu encaminhamento para uma instância superior sem que estes dados tenham sido manuseados e transformados em ações concretas pela equipe de saúde do município.

Na percepção dos agentes implementadores do estudo, a vigilância carece de uma política específica dentro do setor saúde e não só a notificação a partir de sistemas localizados de informação de dados antropométricos, não sistematizados, consolidados e padronizados, posto que: a caracterização da vigilância é a sua condição de quantificação e de alarme na predição das tendências, de ação através da hierarquização do tratamento e intervenção, em todas as formas e estágios das doenças nutricionais de maior prevalência.

Ao mesmo tempo, ampliar a alocação de recursos humanos e financeiro, bem como a cooperação técnica e política, essa agregada à atenção de saúde, não constitui uma tarefa fácil e a implementação da vigilância alimentar e nutricional é uma expressão desse desafio no microterritório de saúde estudado.

Podemos dizer que, a nível municipal, a falta de pessoal acaba sendo um grande problema para a maior implementação da política e no que tange a questão de recursos e de pessoal, por parte dos gestores municipais, implica em aumento dos gastos e isto não é bem visto. Em relação ao Estado e Federal: nos últimos anos houve um grande avanço na sensibilização para a implantação nos municípios dessa política, porém, muitas vezes problemas técnicos acabam complicando os municípios. Muitos programas são criados e lançados, e no papel parecem funcionar perfeitamente, porém não é considerado as dificuldades que os municípios tem para a real implementação, muitas vezes por falta de profissionais, equipamentos. No nível estadual e federal falta mais discussões para cada realidade, falta recursos para as ações de alimentação e nutrição. Em relação ao estado o apoio é mais técnico restringe-se muito ao repasse de informações, da parte de informatização do Sistema, as ações são fragmentadas e isoladas, pouca discussão da política. SISVAN deveria ser um auxiliador do SISAN, mas isso não ocorre de fato, a questão alimentar não é tratada como meta, nem discutida entre os entes Federados (EM13).

Um dos entraves institucionais no momento da implementação se expressa na dificuldade de manter os profissionais sob contrato formal. A falta de normas e de legislação adequadas à manutenção dos recursos humanos, materializada no programa, se constituiu em entrave para a implementação no microterritório de saúde.

Em relação aos gestores isto é muito individual, cada um tem sua trajetória, eu que já tenho uma trajetória, antes de eu entrar na Secretaria da Saúde, eu atuava na área alimentar, eu sou técnica dietética com muito orgulho, então eu gosto desta área, eu acho que a alimentação e nutrição são a base de tudo, mas isto é muito relativo, eu acho que se o gestor tem um Profissional competente que faça suas atribuições e mostre seu trabalho, na mudança de uma gestão, a gente não consegue desfazer este trabalho, no mínimo ta até ampliando (EM2).

Em outras palavras o problema não se origina no município, apenas torna-se visível no município. Deve-se levar em conta o fato de que vontade e decisão política não se exercem no vazio, alguns pressupostos são necessários para respaldá-las, na medida em que se propõe a reunir elementos para a definição de políticas e para a instrumentação de programas de ação,

cujo objetivo final seria a obtenção de padrões adequados de alimentação e nutrição da coletividade.

Na medida em que a Segurança Alimentar deixar de ser uma coisa de primeira dama e passar a ser uma política municipal, eu sou ideológica, eu acredito que um dia iremos conseguir implantar isto de uma forma muito mais autônoma, não seguindo uma norma somente do governo federal ou estadual, mas sim avançarmos para implantar programas dentro da nossa realidade, construímos a partir do nosso local, estabelecermos nossas políticas, sentarmos todos juntos para planejar as nossas ações (EM7).

Nas capacitações ou nos eventos a nível nacional ou estadual existem falas sobre o que é segurança alimentar, mas não a preocupação de sua implementação. Em relação a este tema já avançamos muito com a II e III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável, onde a II Conferência já se discutiu a criação de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional, avançamos e com a III Conferência, busca-se a implementação continuada do SISAN, por meio do qual o Poder Público, com a participação da sociedade civil organizada, formulará e implementará políticas, planos, programas e ações com vistas a assegurar o DHAA. Ações estas que estão pactuadas como Objetivos do Milênio, de erradicação da fome e miséria. Vejo pouca preocupação com o tema. Nos eventos verifica-se uma proposta de autopromoção do Governo e não de solução aos problemas municipais ou regionais (EM13).

Do ponto de vista institucional, é habitual, e até consensual, a afirmação de que, no campo das ações de VAN, tudo depende da vontade política, da decisão política. A intenção de ampliar e consolidar o SISVAN, como estratégia prioritária da SAN, foi a tônica pouco observada no conjunto dos municípios através das falas dos gestores e documentos institucionais. Na percepção dos entrevistados, ainda não ocorreu uma institucionalização das ações, pois as discussões são restritas ao nível técnico, a responsabilidade institucional no microterritório de saúde fica a cargo do técnico de saúde.

O município ainda não possui uma política municipal, todas as ações, programas são do governo federal, quando estes programas não existirem mais, as ações param. Se fosse uma prioridade o próprio município baixaria uma rubrica municipal para este programa, então a partir do momento em que o município tiver uma política, ele mesmo poder instituir uma política municipal e não ficar dependente de programas federais, que amanhã ou depois, se mudar o governo podem se perder, não se ficaria mais dependente. Mas não existe isto, a gente é movida pelos programas federais, mas ela está cumprindo bem, mas dentro do programa (EM4).

Entre as dificuldades institucionais, a carência de um planejamento se torna visível pela clara ausência da organização institucional para a implementação da proposta. Os municípios não possuem um plano municipal de VAN ou não sabem produzir um plano, ou não se utilizam de um plano como instrumento real de gestão, para o estabelecimento de prioridade e prestação de contas de suas atividades. É exceção encontrar um município que, pelo menos,

se utilize de indicadores para conhecer, em alguma medida, as necessidades de saúde da população e, a partir daí, organizar sua gestão. Isso, somado ao despreparo e ao descompromisso ideológico com a segurança alimentar e a VAN enquanto política é um importante problema a ser enfrentado. Os entrevistados reforçam a necessidade de uma sensibilização maior perante os gestores.

Toda a condução da política é decidida pela secretaria de saúde e pelo próprio coordenador da política do município. Estes possuem autonomia na implantação da política, porém a falta de pessoal e de recursos próprios dificulta o trabalho e também como não existe um trabalho mais intenso nas outras secretarias, toda a responsabilidade fica com a saúde, que decide sobre toda a ação a ser desenvolvida, e como o município não possui recursos financeiros específicos para a política e quando se precisa de recursos inicia-se uma verdadeira batalha. Assim posso dizer que um dos aspectos mais negativos desta política é a falta de apoio financeiro (EM17).

Os gestores municipais, em particular os dos municípios menores, não contam com nada parecido com uma “equipe de governo”, com capacidade e experiência para planejar, implantar políticas e avaliar os impactos da gestão em saúde. Além disso, a baixa institucionalidade se expressa pela rotatividade de pessoal, pelos escassos RH e financeiros dos municípios e pelo descomprometimento político.

A VAN precisa estar bem colocada no sistema municipal para que se tenha onde buscar subsídio e lógico se a gente conseguir captar mais recursos para efetivamente fazer melhor, pois não adianta a gente saber dos problemas, mas não temos recursos para executar as ações (EM2).

Assim, a credibilidade do SISVAN dependerá do compromisso político, técnico e social, ou seja, da produção de dados que fundamentem modificações de políticas e de programas, de modo que correspondam à realidade epidemiológica e da influência significativa na aplicação de novas medidas, na alteração de metas, na alocação de recursos etc.

Eu vejo um grande avanço neste programa nos últimos tempos, apesar de muitas das ações ainda serem assistencialistas, o próprio técnico que é responsável pelo programa não consegue tempo para planejar outras ações, pois as demandas são muitas na saúde. Eu acho que o município deve implementar mais ações, se comprometer mais, promover mais trabalhos e diagnóstico integrados com as outras secretarias, o governo deve assumir, mas para isto eu acho que a construção vem quando está definida a responsabilidade de cada ente numa portaria, suas ações, sua contrapartida, assim a política não se perde quando ocorre troca de partidos, pra poder pelo menos dar uma alavancada. Eu gostaria muito que tivesse uma continuidade deste trabalho e que as coisas acontecessem mais, que mudasse a visão destes gestores, que as coisas que tivessem boas pudessem ser continuadas, por isso parece que as coisas têm que estar definidas no papel posso dizer que se a política está acontecendo no município é porque a secretaria de saúde acredita nela e apóia a mesma, mas se houver uma troca não se sabe como a mesma ficará, ela poderá não evoluir ou ter uma queda e todo processo iniciar novamente (EM2).

Para tanto, devem ser promovidos mecanismos de divulgação oportuna e sistemática das informações, principalmente junto aos usuários, dentre os quais se inscrevem os integrantes de níveis decisórios. Romeiro (2006:33) aborda que na análise do sistema, instrumento gerencial, existe uma reprodução de problemas conhecidos em outros sistemas de informação, como a geração de dados de qualidade discutível, uma vez que alguns municípios afirmam estar realizando a vigilância sem terem recebido capacitação e/ou treinamento.

O município ainda tenta responder o que é referenciado para aquele programa, ou seja, ele tenta suprir o sistema de dados exigidos pelo Ministério ou pelo estado, mas não consegue analisar os mesmos e pensar sobre os seus problemas, é muito superficial. Eu acho que para podermos realmente implementar esta política, no município nós devemos fazer mais pesquisas de levantamentos, em conjunto com as Coordenadorias e, principalmente, ouvindo mais os técnicos de saúde responsáveis pelos programas, só assim nós saberíamos o que fazer. Mas também não podemos esquecer que toda a política deve ser uma meta do Gestor, pois sem recursos não iremos implantar nada (EM2).

No relatório as diretrizes da política, as ações estão descritas, mas acredito que eles não têm bem clareza da função da política, dos dados levantados, mas não existe uma discussão em cima das ações. Existe também um plano de alimentação e nutrição no município com ações específicas no plano municipal, mas o que acontece é que nem tudo que está aí pautado, a gente consegue executar, ficando apenas no papel, pois faltam RH, como eu já disse são sempre os mesmos profissionais que fazem sempre todos os projetos. São sempre as mesmas enfermeiras e a nutricionista, falta um comprometimento dos médicos com a política, tenho apoio total dos agentes comunitários e eu não tiraria nunca as equipes de ESF (EM11).

O estudo revela a ampliação de esforços na intensificação da velocidade de análise dos resultados do SISVAN, e isso cabe aos diferentes atores das três esferas da federação, bem como aos setores sociais. Ao mesmo tempo, se ratifica nas falas a carência de recursos humanos e financeiros, não existe investimento nos municípios e nem no nível estadual para essa política. Segundo os agentes, esses recursos necessitam vir do nível federal, para esta política se efetivar. E assim permanece uma questão no ar – e a responsabilidade institucional de prover recursos humanos /financeiro fica a cargo de que ente federativo?

Se tivesse uma política Estadual vinculada ao Fundo Municipal Estadual vinculada ao plano municipal, onde cada município prioriza as suas ações, com o recurso do fundo estadual que nem o Piso de Atenção Básica Ampliada (PABA), o compromisso político seria diferente. O município tem que aplicar naquilo que está descrito no plano municipal, isto é, o que a FAMURGS a ACEDISA representados pelos secretários querem, aí sim cada gestor conhecendo a sua realidade local ele vai poder implementar o que ele achar como prioridade, o que o povo quer através do Conselho, estaria muito mais seguro, porque às vezes o governo do Estado dá uma caixinha, troca a caixinha, tira a caixinha e é a mesma coisa com os recursos (EM3).

A nossa responsabilidade é tentar buscar mais recursos para tentar implementar melhor esta política e compor uma equipe multiprofissional, aumentar as equipes de saúde da família, pois hoje temos apenas 15% de cobertura no município, eu acho que esta é uma saída para o município. Uma equipe que pense esta política, que pense em expandir esta política para todo o município no meio urbano e meio rural, de melhorar as estruturas das unidades de saúde, estas não dispõem de muita infraestrutura, de RH, nós temos um interior muito grande com muitos problemas de saúde que não conseguimos atingir como um todo, o trabalho é muito superficial. A principal responsabilidade agora do município seria garantir a manutenção daquilo que a gente já conseguiu. Por exemplo, a gente fala de cadeira de anos de trabalho, o que a gente já conseguiu hoje: uma melhora na desnutrição, uma melhora no baixo peso, assim continuar mantendo isto e ampliando isto para todos os segmentos, eu acho que a gente tem que fazer, o objetivo é isto, e também tá cuidando o outro lado que é o sobrepeso. Ela consegue ter um olhar na assistência, na promoção, nas ESF, na própria Secretaria, na própria parte da informatização e isto vai muito do perfil porque o profissional tem que ter isto na cabeça e isto perpassa por todas as formas de atenção (EM2).

Outra questão levantada refere-se à insuficiência de diálogo na esfera pública, principalmente no momento da implementação da política. Essa carência pode promover a desresponsabilização na implementação, na medida em que a VAN não for legitimada pelos atores que nela estão envolvidos, o que sem dúvida compromete o grau de adesão e coesão em torno das ações e, conseqüentemente, sua implementação de acordo com seu desenho original.

Eu acho aí também, a gente também faz uma meia culpa como conselheiro por que o próprio conselho poderia propor, já que se tem a esta visão, já que o próprio município está falhando como um institucionalizador de uma política municipal provocar neste sentido, mas às vezes ainda falta, por incrível que pareça, a capacitação dos próprios conselheiros, outra questão é apesar de nós termos, como eu falei antes educação, saúde e assistência social falta uma convergência para um mesmo local, eu tenho o Bolsa Família trabalhando ali na assistência com os cadastros... Mas falta passar estes dados e conversar com a saúde... pegar os dados do programa dos gestantes, falta então esta convergência dos dados, pra saber os problemas, as carências estão ali ou lá (EM4).

Eu até considero que as ações de alimentação e nutrição deveriam entrar no plano de governo como uma prioridade, mas quando tu vai desenrolar na prática, tentar reunir o pessoal, tu não consegues novamente o trabalho não evolui. Minha fala vai ser falta profissional, falta recursos para de fato a política sair do papel. Bem o que mais eu vou te dizer, o monitoramento ainda não está totalmente funcionado, na VAN acho que falta ações em cima daquilo que a gente tem (EM11).

Do mesmo modo, com o processo de descentralização, cada nível de atuação do sistema é autônomo, por um lado, se reconhece no processo de descentralização uma estratégia favorável ao fortalecimento do papel dos municípios na gestão da política de VAN, por outro, cabe destacar que o sucesso do processo depende em parte que algumas funções sejam mantidas nos níveis federal e estadual de governo. *Sou favorável a uma Política Estadual, pois cada governo dá uma caixinha diferente e então muda o governo e então muda a caixinha e o município então fica batendo na pauta aguardando aquilo que já tiveram (EM3).*

Isso depende da articulação, não só dos processos na elaboração das estratégias da política, mas também dos atores, inclusive a sociedade civil, em suas atividades de aplicação de recursos e implementação de planos e programas. *Em relação à Coordenadoria não poderia deixar destacar ação conjunta de Nutrição nos 13 municípios da 13ª CRS com metas; capacitações e troca de idéias com sugestões; equipe unida e isto faz toda a diferença (EM11)*

O Governo Federal, pontos positivo sinceramente nenhum, como eu vejo o governo federal, eles simplesmente nos cobram, eles não te dão uma base, eles não te perguntam o que tu precisa, eles simplesmente colocam as coisas e falam façam, não tem um diálogo, é uma coisa imposta, não importa se isto vai ser melhor para o município ou não, aquilo ali é um padrão e tudo mundo tem que fazer igual, mas as prioridades não são as mesmas. O governo Estadual nos repassa as coisas que o governo Federal nos exige, e nos dão apoio, mas é como se fosse descendo os degraus, eu vejo assim. Já no nível municipal, chega aqui, tu tem que distribuir, então tu tem que fazer as coisas andar. Então tu cai na falta de RH, não tem recursos financeiros, não tem infra-estrutura, não tem apoio, comprometimento, falta boa vontade, todas aquelas coisas de sempre, os programas andam, andam, mas não como deveriam de ser, cada um trabalhando o seu pacote. O Governo não considera que existem diferenças entre a realidade dos municípios. Alguns municípios menores podem ter ações que municípios maiores não conseguem ou vice-versa, então a organização para definir estratégias únicas para os municípios do RS fica prejudicada (EM10).

Pode-se dizer que a implementação das ações de VAN em curso está condicionada à capacidade de influência dos atores sobre o conjunto dos fatores envolvidos (RH, financeiros e políticos), fragilizando-a para o alcance dos objetivos. *A questão dos recursos é complicada, não em questão dos recursos em si, mas na forma de aplicar os recursos, que acabam indo todos para o pronto atendimento e não dá as respostas que deveria dar (EM4)*. No tocante aos recursos orçamentários e humanos, os agentes alertam que é necessário reavaliar as ações pactuadas no estado e município.

Todo o controle precisa de RH e financeiros, tu levantas os fatos, mas não tem os recursos para dar uma continuidade nisso aí e para melhorar isto é preciso recursos. Mas isto ainda não é colocado como uma prioridade pelo gestor municipal e então todas as responsabilidades ficam exclusivamente na saúde. Hoje em dia a gente faz, a gente coloca recursos, coloca do recurso próprio, do piso da atenção básica, mas não tem valores determinados e isto muitas vezes se perde, por isso eu acho que tem que ter um percentual definido pelos municípios, assim como a assistência farmacêutica têm, pra que realmente o programa funcionar, e que possamos contar com este valor para toda a equipe que trabalha que eu possa dizer a esta equipe este é o valor, este recurso vocês terão, com este valor vocês poderão contar para planejar as ações, por que senão fica muito na vontade, no desejo, no papel (EM2).

A viabilidade financeira é um importante fator que define a política a ser desenvolvida, que pode, inclusive, interferir nas concepções teóricas que lhe dão suporte. Os entraves financeiros salientam a discussão das propostas de intervenção, na medida em que se buscam

ações que assumam sistematicidade e continuidade e que não se atrelem a recursos externos ou prazos pré-estabelecidos em projetos e financiamentos.

No plano da gestão institucional, o programa reafirma a necessidade de envolver os diferentes níveis de governo no desenvolvimento de políticas sociais e, também, dá ênfase na construção de espaços e mecanismos de controle social. Para evitar a superposição de clientelas através dos programas estaduais e municipais de transferência de renda, as falas dos agentes colocam a necessidade de desencadear negociações intensas entre o governo federal, estados e municípios a fim de viabilizar uma rubrica específica para reforçar a institucionalização das ações de vigilância alimentar e nutricionais de acordo com a realidade local.

A pesquisa espelha importantes divergências sobre o tema no âmbito da burocracia federal e, portanto, pontos de vista distintos sobre a engenharia institucional capazes de evitar práticas clientelistas e estimular a co-responsabilização dos diversos atores sociais envolvidos. Em relação ao PBF, a conjugação de fatores como a falta de uma equipe gestora dos programas sociais traz importantes limites e dificuldades (conflitos intersecretarias) para implementação efetiva das ações de VAN.

Não chega a ter uma disputa, nem conflito, mas existe isto sim uma divisão de competências, mas com o bolsa família houve esta ampliação de ações e a secretaria de saúde tem que se impor, colocar a sua ênfase que quer dar pro bolsa, como o gestor do bolsa acaba sendo o secretario da assistência social, mas a gente tem que fazer voz ativa no conselho, no comitê e a gente consegue, mas é com muita discussão, com muita luta, vamos dizer assim puxar a brasa pro nosso lado (EM3).

A ausência de memória técnica em torno das ações de planejamento, monitoramento e avaliação de intervenções públicas e a falta de informações e dados sobre estruturas e fluxos organizacionais das diferentes secretarias municipais, dificultam a recuperação de percursos e a sistematização de aprendizados institucionais. Em relação à condução da estratégia para a implementação das ações de VAN nos municípios, quem decide são os próprios técnicos envolvidos com o processo.

O principal apoio que tenho mesmo pra colocar a política em prática é da Secretaria da Saúde e algumas atividades uma parceira com a Secretaria da Educação, mas falta uma interação maior entre as outras Secretarias, Emater por exemplo. Sabe é muito difícil falar das outras secretarias ou órgãos quando tu não tens apoio. Eu acho que eles só sabem que existe, mas o que acontece de concreto com esta política eu acho que eles não sabem, mas de fato acho que eles não sabem da importância desta política dentro do município, falta apoio, comprometimento. Acho que deveríamos aumentar o conhecimento entre os gestores, fazendo mais sensibilizações, começando já no nível federal passando no estadual para aí chegar aos gestores municipais. Um grande problema é a troca de gestores, neste ano já trocou 3 secretários de saúde (EM11).

Não há ainda uma clareza de uma política municipal de alimentação e nutrição, existem ações voltadas para questões nutricionais, como por exemplo, o COMASO tem disponibilizado alguns recursos para ações voltadas para educação em saúde, na capacitação das famílias. Não existe uma política guarda chuva, nós temos um pouco de deficiência integrar os órgãos que trabalham com estas questões, os próprios conselhos, cada política trabalha com o seu objetivo específico, falta uma integralidade maior nas ações. Faltam RH, e recursos financeiros e muito apoio do governo e para que isto aconteça a política tem que ser uma prioridade do governo, nós temos algumas atividades isoladas, fragmentadas, então nós temos ações individualizadas de alguns conselhos de algumas entidades, mas aquele trabalho amplo que devíamos iniciar, não se têm (EM15).

Cabe considerar que articulação intersetorial de fato só ocorre quando decisões conjuntas são tomadas em função de um projeto integrado, em que seja avaliado de que forma os recursos setoriais podem ser compartilhados e potencializados no alcance de um objetivo comum. Isso, talvez, seja o maior desafio nesse campo de atuação e, neste caso, o papel da sociedade civil é fundamental no sentido de traçar proposições políticas consistentes, aliando-se principalmente aos gestores dos segundos-escalões de governo e técnicos.

6.5.2 Articulações e cooperação entre programas

A política de vigilância alimentar e nutricional pode ser considerada uma grande articuladora de programas dentro das ações que compõem a segurança alimentar e nutricional. Do mesmo modo, pode-se dizer que o *modus operandi* aliado à complexidade e diversidade das ações contidas nos programas exigem, por sua vez, um certo grau de articulação e de integração entre as ações de vigilância alimentar e nutricional com as Secretarias Estaduais e Municipais, e com outros órgãos envolvidos na implementação dessa Política para o seu sucesso.

Avaliar o grau de articulação intersetorial das entidades responsáveis pela implementação da vigilância alimentar e nutricional é o objetivo desta seção. Esse processo, por sua vez, demanda uma nova abordagem que os considere de maneira integrada, ou melhor, sob uma *ótica intersetorial*. Requer o conhecimento do gestor quanto as suas políticas de saúde, conseqüentemente, o planejamento de ações em uma rede gestão tanto no nível local como regional.

Na área da saúde, eu sei que eles fazem muitas coisas, agora quais políticas que eles fazem eu não sei te dizer. Hoje ainda não existe um trabalho em rede, da saúde e da educação, essa informação de trocas de informações ainda não, acho que pode ser implementada de forma mais consistente, de forma muito mais efetiva, acho que sim (EM8).

Os problemas que as sociedades vêm enfrentando em nossos dias, além de complexos, são interligados e interdependentes e não podem, pois, ser entendidos isoladamente. Mas um dos maiores problemas aqui no município, se existir desnutrição no município é mínima, o maior problema é a obesidade principalmente nas vilas, eles comem errado e outro problema é a higiene nas famílias. Eu não conheço nenhum outro programa que trabalha com alimentação no município, além da sociedade civil (EM16).

Esta complexidade de questões colocadas requer um reforço nas formas e canais de negociação, participação e uma conectividade maior entre os implementadores do SISVAN. A lógica que orienta a implementação dos outros programas do microterritório de saúde e a lógica de implementação do SISVAN entram, muitas vezes, em contradição, resultando em conflitos. O processo de articulação do SISVAN com outros programas difere e nem sempre ocorre de modo satisfatório.

Nas reuniões que participo do Conselho Gestor Regional (COGERE) e da Pactuação Integrada feita anualmente com os municípios, para analisarem os resultados do ano anterior e planejarem as metas a serem atingidas no ano, na área da saúde, são geralmente os mesmos funcionários que vem acompanhando os gestores. São os que sabem e fazem tudo, principalmente nos municípios menores. Não há uma abertura dos gestores para que seja feita a integração dos profissionais das diversas áreas para compartilharem e opinarem sobre o que terão que melhorar para que a saúde no município tenha maior acolhimento, eficácia e resolutividade (EM1).

Percebe-se a permanente fala dos agentes quanto a necessidade de fortalecimento das relações intersetoriais e de articulação entre os diferentes setores para a efetiva implementação. Bem como colocam a necessidade de ampliar a comunicação e interlocução entre os diversos serviços que constituem os diferentes espaços de produção de saúde.

É necessário promover “mais capacitações com os gestores e conselhos como também desenvolver nos técnicos uma capacidade de estarem defendendo suas políticas com os gestores, nos conselhos”. Capacitar as falas dos técnicos através das capacitações, estes devem ter mais abertura frente esta política, é preciso promover mais interlocução entre os gestores e os técnicos para que eles possam ser mais ouvidos, pois somente eles sabem das dificuldades e dos problemas do dia a dia (EM2).

Entre as questões apontadas, percebe-se que os implementadores locais (os *street-level professionals*) ressentem-se pela falta de apoio para resolver os problemas suscitados pela implementação e consideram falho o processo de capacitação dos técnicos de saúde, faltando uma capacitação maior para o desempenho de suas funções de forma proativa no programa. As atividades de coordenação e supervisão das equipes são pautadas no desenvolvimento de atividades burocráticas e em tarefas de controle das ações dos técnicos e agentes.

Outra coisa que é importante colocar é que muitos dos programas ficam a cargo dos técnicos, mas eles têm o conhecimento técnico, mas desconhecem por onde a política passa e como lidar com estas questões, não somos preparados para mediar politicamente, temos o conhecimento técnico dos programas, se tivéssemos uma educação de como deveríamos estar levando adiante estas questões para o gestor, acredito auxiliaria e muito. Isto melhoraria muito a nossa fala e o nosso próprio entendimento, eu entendo muito da questão técnica, mas muito pouco da visão política - fazendo as interligações e como pode estar sensibilizando eles como políticos, alguma coisa sim, mas sempre primeiro visualizo a questão técnica (EM14).

Do mesmo modo, evidenciou-se uma lacuna no entendimento das funções e dos objetivos do SISVAN, e quanto às ações cabíveis aos cargos de coordenação e supervisão no momento da implementação. Geralmente o trabalho é guiado pelo bom senso, quando necessário, pela improvisação. Outro ponto que merece destaque é a estrutura centralizada da Secretaria Municipal de Saúde que não favorece o trabalho de supervisão do programa. Na prática, por funcionarem dentro de lógicas diferentes, os programas tradicionais, verticalizados, têm dificuldade de se articular ao SISVAN.

Segurança Alimentar, esta é a parte que tem que ampliar nos diversos ambientes do município, eu acho que uma interface maior entre as secretarias também é uma coisa que tem que ser trabalhada dentro do programa, cada um tem o seu programa, suas caixinhas e depois estas caixinhas não se falam, isto é a dificuldade dos setores de se comunicarem, por que a gente fala isto entre os secretários, que uma secretaria não conhece o trabalho do outro e acaba até fazendo coisas paralelas, isto a mesma coisa na política alimentar (EM3).

A ideia de integração entre programas no microterritório de saúde acontece quando um técnico em suas atividades coordena dois programas, pois segundo os agentes dessa forma podem ter condições de informar e orientar dois grupos distintos em tarefas comuns, ou verificar o andamento de um programa através de informações obtidas em outro.

No município a gente ainda não conhece uma política que integre todas as ações, conheço algumas ações que as entidades desenvolvem e o que desenvolvimento social dentro do programa Bolsa e o Programa PETI faz e também tem o programa prato forte e agora os restaurantes comunitários no município, mas na saúde vi muito poucas ações concretas, a gente escuta comentários. O SISVAN me preocupa um pouco, já vi alguns trabalhos, mas está muito na teoria ainda, falta ações concretas, falta ainda ser implementado dentro do município, da comunidade e das entidades (EM16).

Não existe um trabalho integrado entre as secretarias, a gente até brinca que existem várias prefeituras dentro de um mesmo município, é como se fosse cada secretaria trabalhando dentro do seu quadrado, cada secretaria fazendo o seu trabalho, a saúde é isto, a educação é aquilo, tu pega uma criança na escola com sobrepeso a isto não é problema meu, isto é problema da saúde, vai pra saúde, é tudo muito fragmentado é todo mundo de novo trabalhando dentro dos seus programas, cada um passando o trabalho para o outro, eu faço isto, isto não é minha responsabilidade é de fulano e assim vai (EM10).

A integração também é vista como algo que se desenvolve a partir de contatos pessoais entre técnicos do nível central do município e aqueles que estão disponíveis para se integrar, *falta o programa estar mais integrado junto às equipes de estratégia saúde da família e em todas as unidades de saúde, é preciso criar esta referência, mas esta é ainda uma meta a ser alcançada (EM2)*. O estudo de Romeiro (2006:106) buscou identificar iniciativas de articulação de potenciais parceiros, considerados importantes na percepção dos gestores locais, para a efetiva implantação do SISVAN. Entretanto, dados revelam que ainda é precária essa ação, principalmente em nível municipal, sendo que apenas 33% afirmaram ter estabelecido alguma parceira. Já na esfera estadual, o percentual é de 75%.

Quando falamos de política pública, nos remetemos não só à perspectiva do Estado em ação, ou seja, designa o processo pelo qual são elaborados e postos em prática programas e ação pública traduzidos em dispositivos político-administrativos coordenados, em princípio, em torno de objetivos explícitos, bem como às ações ou omissões do Estado em relação às demandas da sociedade. A realidade de mandatos organizacionais divergentes e a falta de experiência em transpor os limites setoriais para produzir políticas harmonizadas é um obstáculo reconhecido nos fatores determinantes da abordagem à formulação de políticas (CARVALHO et al., 2006:13).

Uma característica marcante no cenário do microterritório de saúde é a fragmentação institucional dos setores, porque, apesar dos avanços, persiste o desafio de articular esses ligados a diversas instituições, que historicamente vem atuando de forma não integrada. *Nas Coordenadorias vejo cada um cuidando da sua política, falta integração das mesmas, ninguém sabe o que o outro faz, não se tem a intersectorialidade. Na Coordenadoria, as delegadas sabem que existem todas essas estratégias de atenção à saúde, mas o que ocorre com cada uma não (EM1)*. O processo de descentralização de recursos e atribuições para os governos municipais exige que os mecanismos de articulação entre as três esferas (federal, estadual e municipal) sejam fortalecidos.

Para que uma instância governamental possa promover e articular as ações de VAN, o apoio político institucional é fundamental. *Entre todas as áreas governamentais a gente consegue um maior apoio, em função da realidade dos municípios da 13ª CRS, com as sensibilizações, as capacitações, o monitoramento (EM11)*. Além disso, deve formular diretrizes que incluam as ações desenvolvidas por cada um, dentro de uma política mais ampla que as próprias políticas setoriais. Da mesma forma que o estudo reforça uma integração maior entre os diversos setores envolvidos, aponta para o estudo de reestruturação das ações no interior de cada organização institucional.

Muitas políticas funcionam bem em quatro anos, mas quando troca o governo muitos programas se perdem, não existe continuidade nas ações. Assim eu irei começar com o nível federal, assim como deveria ser é muito bonito, mas como o município tá lá na ponta muitas vezes as ações não são fáceis e não dependem do profissional, pra realizar, então isto acaba comprometendo o desenvolvimento da própria política, depende de recursos, tu sabes que quando depende de recursos geralmente tem cortes. A política primeiramente deveria ser pensada a nível local, pra pegar a realidade do município, o quanto se poderia estar utilizando de mão de obra, de profissionais, como agir, parece que as coisas vêm de cima e quando as coisas vêm de cima se faz na obrigação também, não se faz bem feito e não se faz dentro da realidade que deveria ser (EM6).

O desafio institucional, para que a intersetorialidade ocorra, é ter uma atitude ativa do Estado no sentido de coordenar e conduzir um processo de construção de acordos políticos entre os atores em torno de um projeto integrador, negociando ganhos de curto, médio e longo prazo. As lideranças setoriais tendem a aderir ao projeto na medida em que identificam ganhos políticos, mesmo que futuros, em detrimento de uma atuação mais isolada.

Outra coisa justamente é a questão dos gestores, acho que enquanto os gestores verem os programas como uma forma eleitoreira, então a gente ainda vai ter muitos problemas pela frente, até nas próprias ações, pois a política tem um norte, mas muitas vezes os gestores querem ditar as suas ações sobre o programa sem ao menos conhecer o que o programa diz, então tu tem que ser muito competente, tem que ter um jogo de cintura pra tu poderes lidar com estas coisas (EM7).

Nesses casos, a articulação com outros setores torna-se ainda mais importante, pois pode trazer informações que não estão registradas e disponíveis nos serviços de saúde, mas que ajudam a compor um quadro mais fidedigno da situação da população em termos de SAN, facilitando a adoção de medidas adequadas à solução dos problemas identificados (BURLANDY, 2003).

Outra fragilidade apresentada nos relatos refere-se à dimensão do território, visto como uma dificuldade para a cobertura e monitoramento nutricional - *o município é muito grande e eu não consigo dar conta de tudo, eu faço a parte das ações em alimentação e a parte de digitação de informação ao sistema (EM12)*. Portanto, o microterritório de saúde necessita avançar no fluxo de dados, gerando informações articuladas às ações oportunas, evitando superposição de ações, possibilitando uma alocação mais eficiente e um maior impacto sobre a condição de vulnerabilidade dos grupos-alvo. Entretanto, como aponta uma entrevistada *se nem o Estado não valoriza sua política, por que os gestores locais vão se preocupar com isso (EM1)*.

Portanto, para que se possa avançar na implementação do SISVAN, além do reconhecimento político, é necessário repensá-lo como uma rede intersetorial com indicadores

padronizados e complementares que permitam conhecer com mais consistência aspectos do campo alimentar, como a dinâmica de produção, abastecimento, comercialização e consumo de alimentos, assim como do campo nutricional, com informações sobre o estado nutricional (antropométrico, bioquímico) da população. Esse sistema amplo e integrado certamente produzirá informações que possam subsidiar a identificação de oportunidades, de espaços estratégicos para atuação e, assim, potencializar a articulação interinstitucional no território regional.

A segurança alimentar que é uma das coisas que deve ser uma coisa muito bem repassada, muito bem informada às pessoas, porque no meu entender o que falta é isso, uma informação correta do que é segurança alimentar. As pessoas não têm essa noção, concreta do que é como nós que trabalhamos com isso, no momento em conversamos com os pais, eles não tem noção, eles acham que a alimentação básica das crianças é isso, e pronto e não tem aquela preocupação sobre segurança alimentar. Acho que com os gestores é um dos assuntos que ainda está pouco comentado, pouco trabalhado, acho que isto tem que ser realmente melhor trabalhado em todos os ambientes (EM15).

Entre os desafios colocados, se destaca o aprofundamento da articulação da informação com a ação, seja por meio do fortalecimento da VAN e do cuidado diferenciado a grupos em risco nutricional no âmbito das ações de saúde, seja por meio da integração do SISVAN com outros setores, na perspectiva da construção de uma Política Regional de SAN sustentável, que garanta o direito humano à saúde, à alimentação e à nutrição. Ao mesmo tempo, a construção de uma agenda única de segurança alimentar e nutricional, organizada a partir da caracterização clara do perfil epidemiológico da comunidade e dos espaços domiciliares, com a identificação de riscos, problemas, prioridades, potencialidades e possibilidades de atuação e reconhecimento da situação de saúde, alimentação e nutrição das famílias, utilizando o SISVAN, para a realização do diagnóstico no nível local até a tomada de decisão em diferentes níveis de governo.

6.5.3 Setorialização-articulação entre conselhos e colegiados

No Brasil, o SUS identifica o município como o âmbito privilegiado para o desenvolvimento de ações de vigilância e promoção da saúde. Entretanto, no momento da implementação na esfera local, é imprescindível a adesão dos gestores de saúde, a garantia de investimentos em capacitações dos profissionais e uma estreita integração com as Equipes de Saúde da Família e com os Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional. Não se trata,

portanto, de esvaziar o papel destes níveis, mas redefinir suas funções institucionais frente o processo de descentralização das ações, que exige, por exemplo, suporte do governo Federal aos outros níveis de gestão para que o município possa efetivamente programar as ações.

O sistema de informação como o SISVAN ganha destaque enquanto instrumento potencial de subsídio para decisões. As instâncias de parceria também se tornam relevantes por constituírem espaços de negociação sobre prioridades e mecanismos potenciais de controle social. Cabe avaliar as fragilidades institucionais dos setores envolvidos em superar interesses particulares, considerando que são muitas vezes competidores por recursos públicos, em favor de uma ação mais cooperativa.

É necessário nós termos a garantia do mínimo da manutenção e tentar a ampliar esta política para promoção e para a segurança alimentar. Mas eu tenho que manter aquilo que já conquistei e hoje a gente conta muito com o conselho de saúde, como um fiscalizador, um monitor ele acaba sendo um fortalecedor da política, então este entendimento para o município é muito importante, seguido a gente passa pelo fórum do conselho relatórios tanto das políticas públicas, como da parte da alimentação e nutrição, como da saúde do idoso, então eles ficam sabendo como está, como está hoje e aí fica muito mais difícil haver retrocessos, porque o povo tá sabendo através do conselho o que está acontecendo. Nós sempre garantimos que o conselho saiba da política por que ele não vai querer que ela retroceda (EM3).

Observa-se, nos depoimentos, que os diferentes setores de governo e sociedade têm metas e interesses específicos e atuam em função de realizá-los. No entanto, alguns objetivos públicos transcendem os campos de atuação especializados e exigem ações integradas. A falta de articulação setorial limita a construção de pactos regionais mais amplos, fundamentais para o enfrentamento de problemas complexos que exigem ação integrada. Porém, coordenar as diferentes variáveis (agentes, metas, etc.) na direção de um projeto que integre as ações setoriais constitui enorme desafio.

O conselho alimentar ainda está muito no início, estamos ainda engatinhando, esperamos que aconteça uma parceria com o governo, se estendendo pra toda a comunidade e acho que isso será muito positivo para o nosso município, se iniciarmos com parceria do governo para a comunidade, só temos a vencer, será muito vitorioso. O Conselho Municipal de Segurança Alimentar está mais centrado com ações do que com discurso, não estando preocupado em competir com ninguém, ele está mais preocupado em realizar as ações no município beneficiando a comunidade em geral a todas as entidades, enquanto outros conselhos estão mais preocupados exatamente como vou te dizer, em busca de recursos, existe um pouco de competição sim entre eles, por que estão preocupados na busca de algo pras suas entidades. Seria muito importante que todos os nossos conselhos participassem da construção da segurança alimentar (EM15).

O Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável foi criado em 2004, na primeira gestão do Governo Lula, com o intuito de fomentar o programa Fome Zero, constituído por agentes financeiros, sociedade civil e governamental. O Conselho não tinha uma sede própria, se reunia em diversos espaços. O objetivo principal do conselho era resgatar material (brinquedos e outros artefatos), construção e até alimentação, mas para que a população ter acesso, ela tinha que participar de alguma forma, com algum trabalho. Só que isto necessitava do apoio do governo local, para o mesmo nos abrir as portas, nos diversos segmentos do município. Mas eu acho que isto, de uma maneira ou outra, bateu de frente com as ações que na época o governo mantinha. Ou talvez na questão política, porque para o povo ganhar tinha que primeiro trabalhar e isto causou um estranhamento, um clima, tinha ainda a questão “partidária” que naturalmente cria oposição. Tudo isto fez com que os conselheiros perdessem o entusiasmo, parando de participar nas reuniões e com o tempo, o conselho parou de funcionar. Nesta gestão ninguém se entusiasmou para começar de novo, o trabalho. Concretamente não conseguimos fazer muitas ações (EM18).

É muito difícil falar algo, que relacione estas políticas ao conselho, pois o Conselho Municipal de Segurança Alimentar acaba não atuando muito sobre o SISVAN, a sua função principal na sua criação foi com o intuito de contribuir e fiscalizar as ações do PBF. Raramente a PAN e o SISVAN são tratados pelo conselho. Chegam ao Conselho questões pontuais, principalmente ligadas as necessidades imediatas das Condicionais do Programa Bolsa, mas dificilmente estas chegam ao gestor municipal. O governo incentiva a participação dos profissionais no Conselho, dando plena autonomia aos profissionais nutricionistas para sua atuação, menos no que diz respeito ao aumento dos gastos e necessidade de profissionais. Assim é muito difícil executar uma política quando esta depende da criatividade e motivação dos técnicos de saúde e ainda temos a Sociedade Civil, que ainda trabalha com ações de suplementação alimentar, em fornecimento de cestas básicas ou fornecimento de alimentos, prevalecendo ainda no meu entendimento à política do assistencialismo (EM17).

Coordenação não implica em eliminar os conflitos entre os atores envolvidos (o que seria impossível), mas em submeter a lógica dos interesses em jogo a um sistema integrado capaz de ajustar as diferentes visões. São várias as dificuldades que se colocam neste processo. As instâncias previstas para enfrentar os desafios são os diversos Conselhos: o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, que articula governo e sociedade e a Coordenação Executiva do PBF, que articula as ações entre as secretarias; os Conselhos de Saúde (Regional e Municipal) de composição paritária entre representantes de usuários do sistema, profissionais e gestores, que tem como objetivo democratizar o processo decisório; e as Comissões intergestoras bipartites, hoje o COGERE.

A relação entre os conselhos é difícil, já se tentou aqui uma comissão de conselhos para fazer esta integração dos conselhos, [...] mas cada conselho tenta dar conta de sua demanda. Hoje temos um técnico no município que pensa e implementa a política, eu acho que a relação entre os próprios conselhos, a relação entre as Secretarias, a relação da Secretaria Estadual poderiam ser bem melhores, e até o conselho Estadual também deveria estar mais presente na região, hoje ele aparece somente através do membro do conselho regional de saúde. Esta questão deveria ser mais discutida dentro do conselho municipal. O conselho está sendo mais meramente muitas vezes um carimbador, mas como proposta de conselho eu acho que isto é uma falha, eu acho que de todos nós (EM5).

Além disso, a representatividade dos conselhos é prejudicada por um processo de burocratização imposto por uma lógica de institucionalização, pelo desengajamento relativo da população em movimentos sociais, pela persistência de tradicionais lideranças comunitárias num contexto de políticas clientelísticas e pela transformação gradual das instâncias em instrumentos de fiscalização.

Faço parte de muitos conselhos, saúde, educação, mas eu noto que cada profissional traz suas dificuldades, mas muitas vezes fica apenas registrado, tu não consegues aquele apoio, no conselho a gente leva o que a gente fez naquele ano, as dificuldades, mas muitas vezes tu não consegues progredir, trabalhar adiante por que no caso não é interesse de outras secretarias, entendeu. Seria interessante, mas eles não acham que trabalhando o SISVAN possa estar ajudando a secretaria deles, na verdade falta uma interação deles. Cada um trabalha pro seu lado, ou acha que aquilo não é prioridade pra aquele momento, cada um defende o seu pacote e isto acaba interferindo no desenvolvimento da política de fato. E também Partidos políticos diferentes ocasionando diferenças partidárias (EM11).

Da mesma forma, percebe-se que a setorialização das ações de vigilância alimentar e nutricional no microterritório de saúde enfraquece a articulação interinstitucional. *Em relação ao Conselho de Segurança Alimentar as reuniões eram muito difíceis, acabamos desistindo. Nós fomos à Conferência Macrorregional e depois pra Estadual, logo depois algumas pessoas saíram, e as coisas foram parando, e o município também não incentivou muito (EM12).* Outro fator que enfraquece as ações dos conselhos é a pequena articulação entre os seus membros, que muitas vezes não conhecem seus integrantes, *nesse momento eu não posso te dizer quem faz parte do conselho, quantas entidades e que secretarias governamentais, por que eu realmente eu só preparei alguns pontos para a gente conversar eu não sabia que iríamos falar disto (EM16).* O fortalecimento dessas instâncias é, portanto, crucial para o processo de integração dos diferentes setores governamentais ligados a política social, a saúde e o campo da segurança alimentar (ENGSTROM, 2002).

No plano político, conselhos integrados por diferentes lideranças setoriais podem contribuir para a coordenação ao possibilitarem, dentre outros, a construção de pactos em torno de decisões-chave sobre alocação de recursos; um planejamento global que dê direção comum aos vários setores e evidencie as áreas de interseção e permita a identificação de intervenções estratégicas, entretanto, no microterritório, as falas dos entrevistados denotam um retrocesso nesse processo. *Hoje nós retrocedemos muito se pensarmos nos conselhos, esta discussão intersetorial nos conselhos é fundamental pras políticas, mas estas não acontecem, muitas vezes discutem as mesmas ações numa perspectiva diferente, já houve*

propostas de se fazer um fórum de conselhos, mas isto não avança, são muitos conselhos e poucos técnicos para tantos conselhos (EM7).

Os conselhos de controle social são instrumentos estratégicos para o monitoramento da implementação local dos programas. No entanto, essas arenas⁶⁶ ainda têm percurso importante a percorrer, no sentido de interferir mais diretamente nesse processo e atuar sob a ótica do DHAA. Deve-se considerar que a atuação efetiva dos conselhos como instâncias de controle social e a inserção de comissões intersetoriais, que discutem a implementação das ações de alimentação, é lenta e progressiva e a capacitação técnica também é necessária para que os conselheiros se sintam em melhores condições para o exercício de suas funções.

Percebe-se, no microterritório avaliado, que as instâncias do controle social possuem dificuldades em avançar em um debate que inclua a promoção da saúde, contrapondo uma diminuição no debate do pronto atendimento.

No Conselho de Saúde as ações de alimentação de nutrição bem como o SISVAN é muito pouco trabalhado, pode-se dizer que ela só aparece quando precisa aprovar algo. O conselho está muito voltado à saúde, ao assistencialismo, ao imediato, ao curativo, muito voltado à parte da saúde somente. No município não existe uma fala entre os Conselhos, a coisa ainda muito voltada a pacotes fechados, isto é minha responsabilidade e isto é tua responsabilidade, mesmo nos programas e nas Secretarias a gente sente este problema, isto é dever da saúde, isto é da educação e assim por diante. Isto dificulta muito o nosso trabalho, a falta da integração gera muitos problemas, cada secretaria quer fazer o seu papel, mas não param para discutir e programar as atividades conjuntas (EM2).

O conselho deliberativo integrado por diferentes lideranças setoriais encontra-se fragilizado no microterritório, não se constituindo em um mecanismo institucional de coordenação. Quando os conselhos são integrados pela sociedade civil, podem também contribuir para o controle social. Nesse caso, identificam-se programas prioritários em cada setor para o alcance do objetivo proposto (segurança alimentar e nutricional) e se exerce o controle social no sentido de que sejam garantidos recursos para os programas e para que eles sejam implementados de forma eficiente.

⁶⁶No caso dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), estudos sinalizam interferência limitada nas questões referentes aos programas de nutrição (Burlandy, 2003). Pesquisa de âmbito nacional do Ministério da Saúde no ano de 2000 também indicou sérios limites na participação do CMS nesses programas: do total de conselheiros entrevistados, apenas 57% informaram participar de algum acompanhamento das ações referentes ao combate às carências nutricionais e 52,8% informaram que o CMS participou da aprovação do Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais. Em 63% dos casos, o CMS não teve nenhum tipo de participação na fase de elaboração do plano (Ministério da Saúde/CGPAN, 2001) (BRASIL, 2005c).

Acredito que a discussão da política dentro do conselho ainda está muito tímida, ainda falta uma clareza maior, uma sensibilidade maior do conselho até porque o conselho ainda é uma coisa nova, e ainda falta aos conselheiros o entendimento. O governo ainda não tem este totalmente sensibilizado ou mesmo comprometido com a política, até porque falta uma divulgação e informação maior para a gestão. Acredito que quando se tiver um diagnóstico da realidade e se mostrar ao governo como reverter estes dados teremos um apoio melhor do governo, neste momento ainda predomina as ações assistenciais no município, principalmente na suplementação alimentar, acho que é uma das funções do conselho começar a reverter este processo (EM14).

Outro fator a ser levantado refere-se aos muitos conselhos setoriais existentes nos municípios, esse pode estar acentuando a fragmentação no momento da implementação da política, compartimentalizando a agenda de intervenção do poder público. *No conselho de saúde se observa muitas disputas de poder, quando se quer beneficiar uma comunidade em detrimento de outra, em localidades específicas acaba se travando uma batalha política no conselho (EM6)*. Apesar desses desafios, uma atenção especial deve ser devotada a essas arenas, por constituírem-se em inovações institucionais que podem impactar significativamente as relações entre Estado e organizações sociais, dificultando ou facilitando a implementação da política de VAN.

Esse fato foi ratificado no Estudo de Caso Brasileiro (Brasil, 2005c), onde relata que os conselhos municipais não dispõem de Comissões Intersetoriais, inclusive de alimentação e nutrição. Considerando que os conselheiros tratam de questões bastante diversas, referentes à política de saúde, a existência de comissões intersetoriais facilitaria o trabalho de subsídio em relação a temáticas mais específicas, como a nutrição. Essas comissões poderiam contar com a participação de profissionais que atuam nas áreas temáticas em pauta, contribuindo inclusive com o suporte técnico ao trabalho desenvolvido pelos conselhos.

Dada a necessidade de se obter uma compreensão compartilhada de finalidades, objetivos, ações, indicadores e práticas articuladas no momento da implementação da política, visualiza-se desafios para a gestão e para os gestores. Assim, como estratégia de ação, pressupõe valores de cooperação, parceria e a construção de redes como meio para articular atores, produzir conhecimento e intervir na realidade. Apesar dos avanços da VAN no Brasil, a delimitação das atribuições do Estado brasileiro, em seus três níveis de governo, e da sociedade civil para a realização do monitoramento nutricional aponta que a dimensão da segurança alimentar não está claramente colocada. Um fator possivelmente determinante da falta de clareza de atribuições está associado ao marco legal da VAN, que segue em processo de construção, tornando frágil a defesa da implementação da política, que acaba por depender da maior ou menor sensibilidade do gestor público.

Defende-se uma rede de alimentação que permeie as instâncias governamentais de todas as secretarias (municipal e estadual) com vistas à implementação de uma agenda única de VAN no sentido ético da SAN e que contemple um sistema de saúde qualitativo e resolutivo. O desafio colocado para o gestor do microterritório de saúde perpassa no fortalecimento transversal da VAN, possibilitador de diálogo nas diversas áreas do setor sanitário, nos outros setores do Governo, nos setores privados e não-governamentais e na sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos são partícipes no cuidado com a saúde.

O estudo aponta fragilidades institucionais que dificultam a operacionalização e a concretização do ideal da Vigilância Alimentar e Nutricional - visão ainda distante da nossa realidade. O tema da insegurança alimentar e nutricional é uma questão de importância para o governo, mas ainda não há uma compreensão do papel estratégico que a SANS-RS e o SISVAN podem adquirir na potencialização de esforços para o avanço do processo de desenvolvimento regional e redução das desigualdades. O enfoque do “SISVAN” é ainda pouco disseminado no Estado e precisa ser incorporado tanto pelo governo como pela sociedade civil para que a SANS-RS possa ser concretizada. Sem que exista uma priorização do SISVAN para gerar a decisão política necessária, há o risco da construção da SANS e a implementação das ações não ocorrerem no grau e na velocidade necessários.

As práticas de planejamento da implementação no microterritório, apresentaram um baixo grau de institucionalização, realizando-se em momentos pontuais, em espaços circunscritos /desarticulados da organização. Os agentes diluem suas responsabilidades institucionais e atribuem as fragilidades e os entraves a outras instâncias governamentais, colocando-se à parte do processo. Cria-se assim uma rede de desresponsabilização contínua.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou entender as características institucionais mais presentes nas estruturas governamentais envolvidas na implementação da política de VAN nos níveis local e regional. Confirma-se a hipótese do estudo de que as estruturas e regras de funcionamento das ações de VAN apresentam respostas insuficientes para coordenar e atuar como poder mediador diante das múltiplas posições, demandas e interesses dos atores envolvidos durante o processo da implementação no espaço regional.

Revelou-se uma incipiência político institucional no momento da implementação das ações de vigilância alimentar que ocorre em função de problemas de diversas ordens técnicas e esses, por sua vez, decorrem da má compreensão das tarefas, de recursos insuficientes, do pouco tempo para usar a tecnologia adequada ou de gerenciamento inadequado. Os discursos relatam também falhas de monitoramento, bem como a inexistência da prática em setores do âmbito estadual e regional. Dificuldades de comunicação são igualmente citadas. Mesmo que uma mensagem seja clara, pode ser compreendida de maneira equivocada pelo receptor, o que diminui consideravelmente as possibilidades de sucesso da implementação.

As ações não puderam seguir, de forma satisfatória, as normas preconizadas, tampouco ficou explícito qualquer mecanismo que buscasse a revisão das mesmas, como poderia ocorrer em um processo de implementação que considerasse a realidade local. A SES não logrou estabelecer um processo de acompanhamento do município que suprisse suas necessidades em termos de capacitação e orientações mais gerais; seu potencial era utilizado *para tirar dúvidas*. Persistem dúvidas em relação aos objetivos maiores do SISVAN; teme-se que ele se transforme em mais um programa que simplesmente acumula dados. A implementação no município desenvolveu-se através de decisões locais dominadas pela incerteza (que resultam em ações improvisadas) e pela imprecisão (que ação desenvolver, em um conjunto de ações passíveis de desenvolvimento). Há um foco permanente de tensão entre critérios técnicos e políticos de implementação. Os técnicos manifestam a necessidade de estarem em alerta para que os políticos não subordinem os objetivos do programa a desígnios de visibilidade política e eleitoral.

A inflexão da implementação da política coincidiu com o início de um novo governo estadual e de novas orientações na política estadual de saúde. Havia forte influência do contexto político, - desqualificação de equipes - e incentivos – financeiros - para viabilizar o processo. Ao mesmo tempo, a SES não possuía - e não possui até agora – capacidade

operativa que lhe permitisse desenvolver adequadamente o trabalho de acompanhamento e supervisão dos municípios. Faltava-lhe estrutura física, equipamentos, Recursos Humanos, possibilidade de descentralizar as ações. SES, em ponto maior, e Secretarias Municipais de Saúde, em ponto menor, mantêm essas precárias condições estruturais. Na prática, o microterritório de saúde se viu abandonado à própria autonomia. A situação da SES, o nível de capacitação técnica dos municípios, relativamente pouco desenvolvido, aliados à baixa capacidade dos implementadores em transformar aprendizado pessoal em aprendizado institucional, transformaram a implementação num exercício de tentativa e erro.

As práticas de planejamento no microterritório, identificadas neste estudo, apresentaram um baixo grau de institucionalização, realizando-se em momentos pontuais, em espaços circunscritos da organização. A governabilidade da equipe dirigente do microterritório de saúde pode ser caracterizada como limitada, dada a ausência de institucionalização de práticas estruturadas de planejamento no momento da implementação, na medida em que não sustentou ações sistemáticas de programação, monitoramento e avaliação das atividades realizadas pela organização.

Esse processo pode estar se refletindo através do planejamento centralizado da política do nível nacional, que convive com as mesmas fragilidades apontadas dos demais entes governamentais. No âmbito nacional, persistem ações concentradas no setor saúde a despeito da formulação intersetorial da *policy* e essas, por sua vez, possuem pouca articulação entre os setores que compõem as instâncias colegiadas do SUS e o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

Os gestores públicos e a sociedade não percebem a sua importância, sendo a atividade mais *consentida* que *estimulada*, e seu papel como instrumento de definição de políticas da alimentação e nutrição é ainda incipiente. Os dados do SISVAN até o momento não figuram entre os indicadores mais tradicionais da qualidade de vida coletiva e não acionam intervenções dos governos nem reações do público.

Da mesma forma, os discursos dos agentes governamentais e da sociedade civil apontam compreensões e visões diferenciadas dos órgãos institucionais responsáveis pela condução da implementação das ações de VAN. Esses diluem suas responsabilidades institucionais e atribuem as fragilidades e os entraves a outras instâncias governamentais, colocando-se à parte do processo. Já, o formulador atribui a lentidão no processo de implementação aos setores, atribuindo a baixa intersetorialidade das ações como um dos entraves. Cria-se assim uma rede de desresponsabilização contínua. Esse processo se intensifica no nível estadual, seja pela centralização das ações ou simplesmente pelo

descompromisso político frente às muitas demandas que requerem planejamento e pode comprometer o processo de descentralização estadual e regional.

Observa-se que o Estado é frágil no momento da implementação, fato evidenciado no pouco comprometimento político (vontade política) diante das questões que envolvem as ações de VAN. Os estudos da década de noventa, apontam que a *vontade e decisão políticas não se exercem no vazio*, o SISVAN terá pouco valor se não fornecer dados que sejam úteis para a tomada de decisões, manifestação concreta da vontade política.

O compromisso político institucional no macroterritório de saúde restringiu-se na formalização de pactos regionais para o atendimento à política assistencial, ou seja, resposta à pronta demanda na saúde. Como no nível regional, essas questões não possuem uma agenda política de discussões para planejar e instituir uma rede regionalizada na implementação da política, o processo se fragiliza no microterritório de saúde. O estudo revelou que a baixa institucionalização das ações de VAN se acentuou no microterritório da saúde e ao mesmo tempo revelou que cada local assume a política a partir do seu entendimento e de seu comprometimento político. Aqui se exerce o tensionamento no sentido contrário ao fortalecimento da *policy*. É efeito e é causa de um andamento desarticulado que se reflete em ações pouco eficazes no alcance dos objetivos,

Percebe-se que as responsabilidades institucionais se diluem e se acentuam os equívocos, fragmentando e desarticulando as ações e a frágil participação multissetorial, conceitualmente indispensável, passa a ser o entrave para a implementação das ações de VAN. Perpassa, no estudo, que alguns setores envolvidos se sentem desmotivados a participar, somando-se o fato de inexistir uma coordenação intersetorial, e existir estruturas técnico-administrativas exclusivas para o SISVAN, paralelamente a outras estruturas da organização em que se inserem, de tal modo que passa a ser considerado como um núcleo isolado.

Quanto à clareza e concordância dos objetivos, apesar da elaboração do SISVAN ter incluído atores representando as três esferas de governo, pela sua natureza esta etapa aconteceu no seio da burocracia federal e em um período delimitado e, provavelmente, carecem de uma discussão maior nos espaços institucionais onde a implementação ocorre de fato. Além do mais, as visões de mundo dos atores (pouco politizada) que formularam a política são diferenciadas dos que possuem a responsabilidade de executá-la. Percebe-se que os interesses em jogo nem sempre favoreceram o cumprimento da norma em questão. Mesmo quando há clareza quanto aos objetivos, no plano de ação estadual e municipal, os técnicos

vinculados à implementação do SISVAN sofrem interferência de fatores políticos e institucionais.

Também, no caráter institucional há acentuado descaso para com a capacidade institucional de agentes executores, por exemplo, queixas do governo federal de que administradores regionais e locais não se interessam pelos programas, mas esses sentem dificuldade diante de sua debilidade institucional em executar as diretrizes muitas vezes rígidas emanadas dos dirigentes federais. E a vinculação excessiva a apoios externos, sem consolidar recursos próprios é outra limitante do SISVAN quando ocorre a retirada de contribuições, em especial de recursos federais que não podem se responsabilizar pela sua manutenção. Uma falha injustificável é o SISVAN não se interligar efetivamente ao SISAN, integrante das demais políticas que concorrem para a promoção da Segurança Alimentar, pois a maneira como o SISVAN é implantado constitui fator determinante de sua sobrevivência. Fracassos evidenciados no estudo podem ter explicações com base em fatores dessa natureza.

Da mesma forma, o estudo mostra fragilidades nas relações intergovernamentais, que permeiam o arcabouço institucional da vigilância alimentar e nutricional. Ao mesmo tempo que necessita convergir para a explicitação clara de funções e compromissos, o SISVAN precisa reforçar-se na responsabilização de suas ações nos três níveis federativos. A baixa articulação horizontal entre as esferas de estado, com exceção de processos de intercâmbio de recursos da CGPAN e instrumentos ainda pontuais de associação gerencial, como o formato atual da organização e estruturação das ações de Alimentação e Nutrição nas esferas estaduais e municipais de Saúde são incipientes e esporádicas.

A baixa institucionalidade das instâncias de pactuação entre os gestores das três esferas contribui para manter o quadro de pouca articulação de políticas, insuficiência dos níveis de cooperação, pouco compartilhamento de recursos e relações de governança federativas ainda insuficientes, quando se pretende a construção de instrumentos concretos de responsabilização com objetivos e metas bem definidas.

Temos muito que avançar na construção de estratégias de integração das diversas áreas da seguridade social, tanto no interior de cada uma das esferas de estado quanto entre essas. As prioridades de gestão em cada governo podem se alterar, enfraquecendo o grau de legitimidade governamental e impedindo um movimento de planejamento das ações tanto para fora do estado, ou seja, para a sociedade, como também para dentro das estruturas administrativas, em especial naquilo que é chamado de custeio, fragilizando a alocação dos recursos públicos.

Além da insuficiência da base de financiamento das ações de VAN que fomenta políticas públicas de SAN, provocada por uma conjuntura política e econômica adversa desde o início da década de noventa, diversos fatores relacionados ao processo de alocação de recursos, formatos de transferência federais dos mesmos e modalidades de alocação utilizadas, produzem estímulos institucionais pouco favoráveis à implementação da VAN.

Na gestão intergovernamental, o emprego de modelos de gestão por resultados com sistemas de monitoramento nutricional com planos de metas mostra-se tímido e pouco difundido nas organizações de saúde que compõem o macroterritório e microterritório avaliado, o que dificulta a formação de uma cultura de eficiência gestora no interior do sistema. Há pouca difusão de instrumentos e sistemas de coordenação gerencial e suporte logístico voltados para a construção de arranjos funcionais regionalizados. A estruturação de políticas de gestão do trabalho de longo prazo dotadas de capacidade técnica para operar tanto processos de organização de serviços e ações de VAN quanto exercer funções de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde, torna-se um desafio a ser superado.

A organização político-institucional no microterritório de saúde retrata desafios que persistem na implementação de políticas públicas no Brasil, como a escassez e fragilidade de mecanismos de coordenação e diálogo entre instituições e setores de governo, bem como mecanismos de monitoramento do processo de implementação. Esses, apesar de serem conquistas, apresentam pouca integração e encontram-se em processo de consolidação.

Ao mesmo tempo, se reconhece que houve avanços considerando a existência de exigência formal com uma padronização nacional. Na prática, se observa um descompromisso, um distanciamento entre o discurso e a aplicação, dificultando a implementação do SISVAN com a incorporação da dimensão da territorialidade. Percebe-se que ele, embora teoricamente correto, para as unidades de saúde é ainda muito complexo, não é operável frente às condições e disponibilidades institucionais. Ainda persistem as ações setorializadas na saúde, ou seja, formas segmentadas e desarticuladas, fracionadas em diferentes setores, convivem com o cumprimento de normas técnicas nesse setor e consideram que os números de atendimentos e a contabilização de medidas antropométricas, realizadas por um técnico ou um agente, dão conta da implementação da política.

Do ponto de vista da gestão, essa proposta demanda a constituição de arranjos complexos para a coordenação. Têm ainda algumas implicações importantes para a organização do trabalho e o planejamento, que, em vez de serem setoriais, passam a ser definidos com base territorial. Dado que a proposta de ações intersetoriais tem como objetivo atuar sobre populações específicas, com vistas à sua inclusão nas dinâmicas sociais. A partir

do reconhecimento de que as populações não se distribuem ao acaso, mas tendem a formar conglomerados humanos que compartilham características similares, a categoria território se torna crucial, enquanto critério de focalização das ações, considerando a intenção de atuar de forma sinérgica sobre regiões homogêneas em termos de características sócio-econômicas, urbano-espaciais e, particularmente, em termos de identidades e redes de sociabilidade, construídas a partir do pertencimento ou identificação com o lugar. O foco em territórios e populações específicas permite não apenas a identificação dos problemas que lhes são próprios, mas também das potencialidades e soluções.

Uma organização do trabalho que se constitua em bases territoriais pode possibilitar uma articulação dos planos particulares de cada setor que envolve as estruturas organizacionais e as respectivas redes de serviços, integrando-as em uma única rede regional. Essa inflexão nos modos de gestão implica mudanças na cultura das organizações gestoras das políticas sociais e das práticas institucionalizadas, imbuídas de valores consolidados nos formatos de atuação setorializados. A análise das estruturas normativas revelou lacunas e indefinições que acabaram por tornar certos processos de difícil implementação. Procedimentos estabelecidos nas normatizações se mostraram limitadores das potencialidades das ações de VAN. A portaria do SISVAN, apesar de incluir responsabilidades dos estados, poderia tê-los envolvido, por exemplo, mobilizando as instâncias do controle social e os gestores dos municípios e da esfera Estadual e Federal no encaminhamento da proposta.

A proposta do SISVAN, preconizada pelo MS para o mapeamento de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco e vulnerabilidades alimentares e nutricionais, nos leva a refletir se a política é somente de responsabilidade da área da saúde. Essa não deveria estar vinculada ao Gabinete da Presidência da República servindo de subsídio no planejamento e formulação de políticas públicas? Pois o sucesso de uma política pública depende não só de mecanismos e recursos institucionais e financeiros, mas também da mobilização dos meios políticos para sua execução.

Similarmente, o cenário das desigualdades sociais impõe uma agenda de compromissos públicos que integre as ações de monitoramento nutricional de forma contínua e com base local e territorial, ampliando a capacidade do setor saúde em focalizar ações e um modelo de atenção à saúde e cuidado nutricional direcionado à prevenção das doenças relacionadas à fome e exclusão social e das doenças crônicas não transmissíveis decorrentes da inadequação alimentar. Propõe-se a constituição de uma Comissão Estadual, Regional e Municipal de Vigilância Alimentar que tenha como atribuições identificar os problemas prioritários e as potencialidades, definir estratégias de integração e implementação das políticas de

alimentação e nutrição. Defende-se o aprofundamento do debate dos problemas relacionados com a saúde de forma intersetorial, de forma a potencializar ações e recursos; inclusão de uma política pública de segurança alimentar na agenda política estadual e como tema prioritário na agenda setorial, podendo ser debatida e aprofundada nos Conselhos Estadual/Municipal de Saúde, Colegiado de Gestão Regional, Conselho Regional de Saúde e nos Conselhos Estadual/Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional.

Assim, urge a necessidade de um redirecionamento da rede regionalizada de ações de VAN que atenda aos princípios da segurança alimentar, pensadas na sua concepção inicial (Conferência Mundial de Alimentação, em 1974), como uma rede de relações de gestão que reúna dados de diferentes setores, como agricultura (atenção com a produção) e distribuição de alimentos, economia (mecanismos de financiamento para produção, comercialização e políticas de racionalização da distribuição) e saúde (ênfase nos cuidados coletivos de saúde, pela promoção, prevenção e atenção a agravos próprios da escassez de alimentos ou ingestão inadequada de nutrientes).

Diante do descrito se reconhece que a institucionalização da VAN, enquanto indutora de políticas de SAN, é ainda um desafio institucional a ser vencido no microterritório de saúde. Esse dependerá da capacidade institucional de impulsionar os setores da sociedade civil e do governo, na construção da vontade de redirecionar as ações desenvolvidas para a promoção da saúde; do nível e da capacidade institucional em definir normas pactuadas entre gestores das três esferas; da capacidade e do desenvolvimento institucional necessário e suficiente para servir de suporte a um modelo de atenção à saúde. Para tanto, caberia à VAN um papel catalisador, facilitador e sinérgico na promoção das articulações intra e inter-setoriais necessárias para o desenvolvimento de ações de cooperação governamental capazes de coordenar diferentes alternativas políticas, institucionais e sociais para a melhoria das condições e oportunidades para a saúde no território estadual e essas potencializadas nos macro e microterritório de saúde. Como uma política pública relativamente nova pode ser rediscutida, concertada ou realinhada ao longo do caminho a ser trilhado nas ações de desenvolvimento territorial. É fundamental que seja promovida a ampliação do SISVAN, incorporando a participação de instituições da área de produção, de abastecimento e comercialização de alimentos e da sociedade civil, viabilizando a geração de informações que influenciem os destinos das políticas de desenvolvimento social e econômico da região estudada.

REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, Fernando. Luiz. *Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1998.

_____. *A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula*. *Rev. Sociol. Polit.* [online]. 2005, n.24, p. 41-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000100005>. Acesso em: nov. de 2008.

ALONSO, José Antônio Fialho. *Evolução das desigualdades inter-regionais de renda interna do Rio Grande do Sul*, FEE, 2ª impressão, Porto Alegre, 1986.

ALMEIDA, Célia. *O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsetor público para pobres?* *Revista Ciência saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.8, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000200003&script=sciarttext>>. Acesso em: maio 2006.

ARAÚJO, Vinícius de Carvalho. A conceituação de governabilidade e governança, da sua relação entre si e com o conjunto da reforma do Estádio e do seu aparelho. Texto para Discussão. *Revista do Servidor*, Brasília, 2002.

ARRETCHE, Marta. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. *Revista brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 40, p. 111 -141, 1999.

_____. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: *Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais*. São Paulo: IEE/PUC, 2001a.

_____. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, EM (org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. Cortez, SP. 2001b.

_____. Relações Federativas nas Políticas Sociais. *Educ. Soc.* Campinas, v.23, n.80, set., 2002.

_____. Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. *RBCS*. v. 18, n. 51, fev. 2003.

_____. Dossiê Teoria Política Quem Taxa e Quem Gasta: a Barganha Federativa na Federação Brasileira. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, n. 24, p. 9-27, jun. 2005.

ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: frustrações, desafios e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.8, n. 1, p. 3-4, jan./mar. 1992.

_____. *Sisvan: breve viagem ao passado*. TRABALHO APRESENTADO NA MESA REDONDA “SISVAN – HISTÓRICO, AVALIAÇÃO E PERSPECTIVAS, DO VI ENCONTRO NACIONAL DOS COORDENADORES ESTADUAIS E CENTROS COLABORADORES EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Brasília, 20 abr. 2006.

ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de; ARRUDA, Ilma Kruse Grande de. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* v.7, n.3, p. 319-326, 2007. ISSN 1519-3829.

BAHIA, Ligia; COSTA, Nilson Rosario; STRALEN, Cornelis van. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v.12, 2007.

BANDEIRA, Pedro. *Participação, Articulação de Atores Sociais e Desenvolvimento Regional*. Texto para Discussão nº. 630. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Texto elaborado para o projeto “Novas Formas de Atuação no Desenvolvimento Regional”, financiado pelo convênio IPEA/BNDES/ANPEC. Brasília, 1999.

BARDACH, Eugene. *The implementation game: what happens after a bill becomes a law* Cambridge, MA: MIT Press, 1977.

BARROS, Maria Sylvia Carvalho; TARTAGLIA José Carlos. A Política de Alimentação e Nutrição no Brasil: Breve Histórico. Avaliação e Perspectivas. *Alim. Nutr.*, Araraquara, v.14, n.1, p. 109-121, 2003.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. Vigilância alimentar e nutricional: antecedentes, objetivos e modalidades. A VAN no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1993.

BRASIL. Presidência da República. *Lei Orgânica da Saúde nº 8080, 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: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Programa de Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional*. Brasília, 1993a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 799, de 20 de julho de 1993*. Institui, no Ministério da Saúde, a linha de atuação Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes de Risco Nutricional, integrante do Plano de Combate à Fome e à miséria. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 27 jul. 1993b. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/paginas/visualiza_conteudo.php?conteudo=1664&sub=325>. Acesso em: mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.409/98, de 14 de março de 1998*. Estabelece critérios e requisitos para implementação de ações de combate às carências nutricionais nos Municípios. *Diário Oficial da União, Brasília, D.F.*, mar. 1998.

_____. Presidência da República. *Portaria nº 709/GM, de 10 de junho de 1999*. Estabelece critérios e requisitos para implementação de ações de combate às carências nutricionais, nos municípios. Brasília: Presidência da República, 1999a.

_____. Informe Final – Rede Interagencial de Informação em Saúde. *Comitê temático interdisciplinar: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional*. Ministério da Saúde, Brasília, 1999b.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Medida provisória do Ministério da Saúde n° 2206, de 10 de agosto de 2001. Criação do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Saúde: Bolsa-Alimentação. *Diário Oficial da União*, Brasília, D.F., 154-E (1), 2001a.

_____. *Projeto fome zero. Uma proposta de política de segurança alimentar para o Brasil*. Instituto Cidadania. 2001d. São Paulo. PROGRAMA FOME ZERO. Disponível em: <www.fomezero.org.br>. Acesso em: mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Bolsa – Alimentação*. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional*. Manual Técnico, 2004b.

_____. *Portaria n° 2.246*, de 18 de outubro de 2004. Institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, em todo o território nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, D.F., Out. 2004c.

_____. *Lei n.º 10.836*, de 9 de janeiro de 2004. Regulamenta o Programa Bolsa Família e dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas ao cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Decreto n.º 209, de 17 set. 2004d.

_____. Ministério da Saúde. *Considerações do Ministério da Saúde sobre a Pesquisa de Orçamento Familiar 2002-2003*. Brasília, DF, 2005a. (Textos para discussão).

_____. *Boletim Eletrônico de Vigilância Alimentar e Nutricional*. 1º ed. Ministério da Saúde. Brasília, 2005b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/boletimsisvan>>. Acesso em: abr. 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Estudo de Caso Brasil: a integração das ações de alimentação e nutrição nos planos de desenvolvimento nacional para o alcance das metas do milênio no contexto do direito humano à alimentação adequada*. Brasília: 2005c.

_____. *Relatório das Capacitações Macrorregionais em Atitude de Vigilância: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN*. Ministério da Saúde, Brasília, 2006a.

_____. *Lei n° 11.346*, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 jan. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 31 mar. 2006c.

_____. *Portaria n° 148*, de 27 de abril de 2006. Estabelece normas, critérios e procedimentos para o apoio à gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único de Programas Sociais

do Governo Federal no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família. Brasília, DF, 27 abr. 2006d.

_____. *Portaria nº 1.357*, de 23 de junho de 2006. Define e estrutura as ações de Alimentação e Nutrição por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das capitais com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição e normatiza a utilização do saldo restante dos recursos financeiros referentes ao Incentivo de Combate a Carências Nutricionais (ICCN) nos municípios qualificados. Brasília, DF, 23 Jun. 2006e.

_____. *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN : Uma visão ampliada*. Documento construído coletivamente a partir de uma oficina realizada em julho/setembro de 2006 com a participação dos técnicos da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição e facilitada pelo Antônio Cardoso. Fiocruz/Brasília, 2006f.

_____. *Relatório de Gestão 2003 – 2006 das Ações da Política de Alimentação e Nutrição*. Ministério da Saúde, Brasília, 2006g.

_____. CONSEA. *III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: Por um Desenvolvimento Sustentável com Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional*. Documento Final, Fortaleza, 06 jul. 2007a.

_____. *Relatório de Gestão*. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. Brasília, 2007b.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Contagem Populacional 2007*. Brasília: 2007c.

_____. Ministério da Saúde. *Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional*. Brasília: 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Legislação referida: *Constituição Brasileira de 1988; Norma Operacional Básica do SUS nº 01/93 e 01/96; Lei Federal nº 8.080/90; Lei Federal nº 8.142/90; e Lei Federal 8689/93*.

_____. Sistema De Vigilância Alimentar E Nutricional. Módulo Gerador de Relatórios do SISVAN Web. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan/relatorios_publicos/rel_consolidado_acompanhamento.php>. Acesso em: ago. de 2009.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033>. Acesso em: abr.2007.

BURLANDY, Luciene. O. *Comunidade solidária e os programas de alimentação e nutrição: focalização e parcerias*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

_____. Transferência Condicionada de Renda e Segurança Alimentar e Nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 1441-1452, 2007.

CARVALHO, D.B.B.; MALTA, D.C.; DUARTE, E.C.; MOURA, L.; MORAES NETO, O.L.; VASCONCELOS, A.B.; RIZZOLO, A.; LEÃO, M. *Process for setting an agenda and formulating public policy on the prevention, control and surveillance of CNCDs in Brazil: An analysis of the national diet and nutrition policy (1999-2005)*. 2006 (Texto técnico internacional - Estudo de Caso Brasil MS/OPAS). Disponível em: <http://www.phac-spc.gc.ca/cncdpolicy/pdf/condensed_case_study_report%20_brazil_port.Pdf>. Acesso em: abr. 2007.

CASTRO. Inês Rugani Ribeiro de. *Vigilância Alimentar e Nutricional: limitações e interfaces com a rede de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

CAVALERIE, Ana Maria S. *Segurança Alimentar: evolução conceitual e ação das políticas públicas na América Latina*. Editora Biblioteca Virtual. Cadernos FODEPAL, 2006. Disponível em: <<http://www.fodepal.es/bibvirtual/PAP/papelesnew%20pdf/sal.pdf>> Acesso em: nov. 2008.

CESAN. II Conferência Estadual de Segurança Alimentar. *Documento de Sistematização das Propostas da II Conferência Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional*. Porto Alegre, RS, 1999.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender o Pacto pela Saúde 2006*. Brasília, 29 de maio de 2006. Disponível em: <http://www.observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Acervo/CONASS_NT%2013_2006_%20Para%20entender%20o%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: set. 2008.

CONSEA. II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *A construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*. RELATÓRIO FINAL. Olinda. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/consea/static/documentos/Outros/II_Conferencia.pdf>. Acesso em: abr. 2006.

COUTINHO, Janine Giuberti et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 12, n. 4, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000400018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em mar 2010.

DE TONI, J.S.; KLARMANN, H. Regionalização e planejamento: reflexões metodológicas e gerenciais sobre a experiência gaúcha. *Revista Ensaios*, Porto Alegre, v. 1, p. 517-538, 2002.

DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: _____. *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e Abordagens*. Porto Alegre: Artemed, 2006, p. 15-39.

DINIZ, Eli. Governabilidade, Democracia e Reforma do Estado. In: *Reforma do Estado e Democracia no Brasil* (Diniz, Eli. e Azevedo, Sérgio de. org.), p. 19-53, Brasília: Ed. UnB / ENAP, 1997.

DOMENE, Semíramis Martins Álvares. *Indicadores Nutricionais e políticas Públicas. Estudo Avançado*. São Paulo, v.17, n.48, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 jan. 2007.

DRAIBE, Sonia Miriam. O Welfare State no Brasil: Características e Perspectivas. In: *Cadernos de Pesquisa Nepp*. Campinas, n. 8, 75 p. 1989.

_____. Sonia Miriam. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE. PUC/SP, 2001.

ENGSTROM, Elyne Montenegro (org). *SISVAN*: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde: o diagnóstico nutricional. 2 ed. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2002.

ESCOBAR SOUZA, Cecília Maria. *Governança Estratégica em Redes de Políticas Públicas: A Experiência do Programa Bolsa Família*. 2008. Dissertação de Mestrado. UNB. Brasília. Disponível em: <http://bdtd.bce.unb.br/tesed/simplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3749>. Acesso em: mar. 2009.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. *Plano Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável*. Secretaria da Assistência Social do Estado do Rio Grande do Sul – SAES/RS, 2000a.

_____. *Política de Cidadania Alimentar - PCA*. Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social do Estado do Rio Grande do Sul – Portaria 46/2000b.

_____. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde - PDRS*. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – SES/RS, 2002.

_____. *Criação do Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional*. Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social do Estado do Rio Grande do Sul – Lei 11.914 de 20 de maio de 2003.

FAO/OMS. *Conferencia Mundial de los Alimentos*. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 1974.

FERLA, Alcindo Antonio; MARTINS, Junior Fernando. Gestão Solidária da Saúde: a experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.23, p. 8 – 20, 2001.

FERLA, A.A.; GEYER, L.M.C.; PRITOLUK, L.B.; BREUNIG, M.S. Descentralização da gestão da saúde no Rio Grande do Sul: implementando a legislação para garantir saúde de verdade e com qualidade para todos os gaúchos. Ministério da Saúde. *Experiências Inovadoras no SUS: gestão de serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

FERLA, A.A.; SOUZA D.Y.; FREITAS, M.E.M.; PELEGRINI, M.L.M.; ANTUNES A. A regionalização da atenção à saúde na experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. In: FERLA, Alcindo Antonio; FAGUNDES Sandra Maria Sales. *O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre:DaCasa:Escola de Saúde Pública/RS,2002b.

FERREIRA, Marcos Artemio Fischborn et al. *Estudo da Configuração do mix público-privado no desenho da política de saúde regional*. Relatório Final de pesquisa para o Edital “Ciências Humanas” do CNPq, área de Ciência Política. Santa Cruz do Sul, Outubro de 2006.

_____. Klaus. Políticas públicas: um debate Conceitual e reflexões Referentes à prática da Análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 21, jun. 2000. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/rh/uploads/egds_material/txt_Frey.pdf>. Acesso em: mar. 2007.

FROZI, Daniela Sanches; GALEAZZI, Maria Antonia M. Políticas públicas de alimentação no Brasil: uma revisão fundamentada nos conceitos de bem-estar social e de segurança alimentar e nutricional. *Cadernos de Debates, Campinas, SP*, v. XI, p.58-83, dez. 2004.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. Centro de Informações Estatísticas /Núcleo de Indicadores Sociais (FEE - 2007), 2007. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_municipios.php?letra=L>. Acesso em: : mar. 2007

GUEDES, Ana Emília Leite. (org). *Leite é Saúde: o processo de implantação do Programa e Apoio aos desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional em Natal*. Recife: IMIP, 2001.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C.R.R. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova*, n. 58, p. 193-224, 2003.

HILL, Michael; HUPE, Peter L. *Implementing Public Policy : Governance in Theory and in Practice*. London: Sage, 2002.

HOGWOOD, Brian W.; GUNN, Lewis A. *Policy Analysis for the real world*. Oxford University Press, 1984.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: suplemento segurança alimentar*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de orçamento das famílias: 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil (POF)*. Rio de Janeiro, 2006.

INESC. Instituto de Estudos Sócio Econômicos. PPA 2008/2011 e PLOA 2008 *A soberania alimentar*. Nota Técnica. Nº 129 Setembro, 2007. Disponível em:<http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/notastecnicas/INESC_NTOrçamento_n129_set07.pdf>. Acesso em: mar. 2010.

IMMERGUT, Ellen M. As Regras do Jogo: A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 30, n. 11, p. 139-165, 1996.

_____. *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europ*. Cambridge University Press, 1998.

KOPF, Águida Wichrowski; RIGHI, Liane Beatriz; BOHRER, Paulo Roberto. Inovações nas relações entre níveis subnacionais de governo na gestão da saúde: o caso da gestão de recursos da municipalização solidária em uma região do estado do Rio Grande do Sul Brasil.

PAINEL: Gestão social no espaço loco-regional. In: VII CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, Lisboa, Portugal, p. 8-11, Oct., 2002.

KOSLINSKI, Mariane Campelo. *O processo de implementação de políticas sociais descentralizadas: o estudo do FUNDEF / Campinas. Dissertação de Mestrado, São Paulo, 2000.*

LABRA, Maria Eliana. Associativismo no setor saúde brasileiro e organizações de interesse do empresariado médico. *PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva*, v. 3, n. 2, p.193-225, 1993.

_____. Análise de políticas, modos de *policy - making* e intermediação de interesses. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, v.9, n. 2, p. 131- 166, 1999.

LAVINAS, Lena. Combinando compensatório e redistributivo: o desafio das políticas sociais no Brasil. In: HENRIQUES, R. (Org.). *Desigualdade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.

LECOURS, André. *L'approche neo-institutionnaliste em science politique: unité ou diversité. Politi que et Sociétes*. v. 21, n. 2, 2002. Tradução do original para o português de Marcos A. F. Ferreira, em Desenvolvimento Regional, Mestrado e Doutorado, especialmente para uso na disciplina de Políticas Públicas e Desenvolvimento. PPGDR/UNISC /2ºSEMESTRE/2005.

LINDBLOM, Charles. *O Processo de Decisão Política*. Brasília: Ed. UnB, 1981.

LIPSKY, Michael. *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York, Russel Sage Foundation, 1980.

MAGALHAES, Rosana; BURLANDY, Luciene; SENNA, Mônica de Castro Maia. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v. 12, n. 6, p. 1415-1421, 2007. ISSN 1413-8123. Doi: 10.1590/S1413-81232007000600002.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS (MAPP). GAPI – UNICAMP/ 2002. Extraído de: DAGNINO, Renato et al. (2002): *Gestão Estratégia da Inovação: metodologias para análise e implementação*. Taubaté: Editora Cabral Universitária, 2002. Disponível em: < <http://www.oie.es/salactsi/rdagnino1>>. Acesso em: 10 mar. 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.

NAJBERG, Estela. *Análise dos fatores que dificultam a implementação da Política Ambiental do Plano de Desenvolvimento Sustentável do Rio Grande do Norte*. 2003. 406 p. Tese (Doutorado apresentado ao Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV), São Paulo, 2003.

OPAS. Informe Final. *Comitê Temático Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na Rede Interagencial de Informação para a Saúde*. Brasília, 1999.

- PAIVA, Carlos Águedo. Regionalização com vistas ao planejamento do desenvolvimento endógeno sustentável. In: PRIMEIRAS JORNADAS DE ECONOMIA COMPARADA, 1, Porto Alegre 2005. *Anais...* Porto Alegre, FEE/PUCRS. Disponível em: <<http://www.fee.tche.br/sitefee/download/jornadas/2/e4-07.pdf>>. Acesso em: abr. 2008.
- PEREIRA, Potyara A. P. Política social, cidadania e neoliberalismo: reflexão sobre a experiência brasileira. In: CARVALHO, D. B. B.; DEMO, P.; SOUSA, N. H. B. (Org.). *Novos paradigmas da política social*. 2002. p. 253 - 273. Programa de Pós-Graduação Política Social, Departamento de Serviço Social, Brasília, DF: UnB, 2002.
- PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; CARVALHO, Maria de Fátima Cruz Correia de. Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica desigualdade social. *Ciência & Saúde Coletiva/ABRASCO* [Online], v. 10, p. 1-20, 2007.
- PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. *Saúde soc.* [online]. 2008.
- PIOVESAN, Márcia Franke. A Construção política da agência nacional de vigilância sanitária. 2002. 108 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.
- REZENDE, Maria José de. As metas socioeconômicas denominadas Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU: os percalços de um projeto de combate á pobreza absoluta e à exclusão social. *Convergência*, v.14, n. 43, p.169-209, 2007.
- ROMEIRO, Andhressa Araújo Fagundes. *Avaliação da Implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN, no Brasil*. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – UnB, 2006.
- ROTTA, E.; FRAGA, C..K.; PREUSS, L.T.; AMES, M.A.C.. As políticas sociais como potencializadoras do desenvolvimento local- regional. *Revista Virtual Textos & Contextos*. n. 5, ano V, nov. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/1015/795>>. Acesso em: maio 2007.
- RUA, Maria das Graças; AGUIAR, Alessandra T. A Política Industrial no Brasil, 1985-1992: Políticos, Burocratas e Interesses Organizados no Processo de Policy-Making. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 12, jun./dez. 1995. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/pub/ppp/pp12/parte11.pdf>>. Acesso em: abr. 2007.
- _____. Maria das Graças. Desafios da administração pública brasileira: governança, autonomia, neutralidade. *Revista do Serviço Público*, Rio de Janeiro, ano 48, n. 3, set./dez. 1997.
- _____. Maria das Graças. *Avaliação no ciclo de Gestão Pública*. Mimeo, 2002. Disponível em: http://www.seguranca.mt.gov.br/UserFiles/File/SUPF/aval_cic_gest_publ.pdf>. Acesso em: mar. 2007.

SABATIER, Paul A.; MAZMANIAN, Daniel A. *Implementation and public policy, with a new posts cript*. University Press of America, Lanham, New York, London, 1989.

SABATIER, Paul; JENKINS-SMITTH, F.C. eds. *Policy change and leaming: an advocacy coalition approach*. Westview Press, 1993.

SABATIER, Paul A.; JENKINS- SMITH, H.C. The Advocacy Coalition Framework. in Paul Sabatier (ed) . *Theories of the Policy Process*. Boulder, CO, Westview, 1999.

SAMPAIO, Juliana; ARAÚJO JR, José Luis. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 6, n. 3, jul./set. 2006.

SANTANA, Luciana Alaíde Alves; SANTOS, Sandra Maria Chaves dos. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na implementação do programa Leite é Saúde: Avaliação em municípios baianos. *Revista de Nutrição*, Campinas - SP, v. 3, n. 17, p. 283-290, 2004.

SANTOS, Maria Helena de Castro. Governabilidade, governança e capacidade governativa. *Texto para discussão*, Brasília, DF, out. 2001.

SANTOS, S.M.C.; GUIMARÃES, M.C..L.; MELO, C.; SANCHES FILHO, A. Subsídios para avaliação da gestão pública: processo de constituição de indicadores para avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais. O&S. *Organizações & Sociedade*, v. 13, p. 109-124, 2006. Disponível em:< <http://www.sedis.ba.gov.br/Pehis2/textos>>. Acesso em: 20 jan. 2006.

SCHUTTER, Olivier de. *Relatório do Relator Especial sobre o direito à alimentação, MISSÃO AO BRASIL (12 a 18 de Outubro de 2009)*. 2009. Disponível em: <www6.ufrgs.br/pgdr/nesan/arquivos/A-HRC-13-33-Add6_Brazil_Port.pdf>. Acesso em: Mar. 2010.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – SES/RS. *Relatório de Gestão do SUS/RS – 2001*. Porto Alegre: SES/RS, 2002.

_____. Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição. *Relatório de Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição no Estado do Rio Grande do Sul, no período de 2001 a 2004*. Porto Alegre: SES/RS, 2004.

_____. Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição. *Relatório da Macro-Capacitação para as discussões do SISVAN e da PAN no Estado de Santa Catarina a e no Estado do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: SES/RS, 2005.

_____. Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição. *Relatório de Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição no Estado do Rio Grande do Sul, no período de 2005 a 2006*. Porto Alegre: SES/RS, 2006.

SIEDENBERG, Dieter R. Desenvolvimento e disparidades socioeconômicas no Rio Grande do Sul. In: *REDES*, Vol. 6, nº 2 – mai/ago 2001. Pág. 7-40. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001.

SILVA, Heliana Marinho da. Novos arranjos para gestão de políticas sociais: a estratégia Comunidade Solidária. *Revista de Administração Pública*, v. 33, n. 5, p. 103-113, 1999.

SILVA, P.L.B., MARTES, A.C.B.; ARRETCHE, M.; MELO, M.; RIBEIRO, P.M. Modelo de Avaliação de Programas Sociais Prioritários. Programa de Apoio à Gestão Social no Brasil. *Relatório Final*. Campinas, 1999.

SILVA, Pedro Luiz Barros; MELO, Marcus André Barreto de. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. *Caderno nº 48 - NEPP-UNICAMP*, 2000.

SILVA, Denise Oliveira e; ENGSTROM, Elyne Montenegro; ZABOROWSKI, Esther Lemos. . *Sisvan*: Instrumento para o Combate aos distúrbios nutricionais de saúde: o diagnóstico coletivo. Rio de Janeiro: Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição /Ensp/ Fiocruz, 2002.

SILVA, José Graziano. *Com fome não haverá um futuro sustentável*, artigo de José Graziano da Silva. On-line, 19/12/2009. 2009. Disponível em: <<http://www.ecodebate.com.br/2009/12/19/com-fome-nao-havera-um-futuro-sustentavel-artigo-de-jose-graziano-da-silva/>>. Acesso: Jan. 2010.

SOUZA, Celina. Intermediação de Interesses Regionais no Brasil: O Impacto do Federalismo e da Descentralização. *Dados*, v. 41, n. 3, p. 569-592, 1998.

_____. *Políticas Públicas: Conceitos, Tipologias e Subáreas*. Sociologias. Porto Alegre, n. 16, 2006a. Disponível em:< <http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 22 jan. 2007.

_____. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *IN Sociologias*, n. 16, p. 20-45, jun./dez. 2006b.

THÉRET. Bruno. As Instituições entre as estruturas e as ações. *Revista Lua Nova*. São Paulo, 2003. Disponível em:< www.scielo.br/pdf/ln/n58/a1n58.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2005.

TONIAL, Sueli Rosina. Os desafios da atenção nutricional diante de sua complexidade no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7, n.2, 2002.

TRENTIN, Iran Carlos Lovis; ANJOS, Flávio Sacco dos; SCHNEIDER, Sergio. *Segurança Alimentar e Desenvolvimento Territorial: Análise da Experiência do Rio Grande do Sul*. Pesquisa Desenvolvimento territorial rural e segurança alimentar (2003-2005). Disponível em: < http://www.cifers.t5.com.br/I.C.L.Trentin_Sacco_%20Anjos_SSchneider_seg_alimentar.pdf>. Acesso em: dez 2009.

VALENTE, Flávio Luiz Schieck. *Direito humano à alimentação – desafios e conquistas*. Cortez Editora. São Paulo, 2002, 272 p.

_____. *A política de insegurança alimentar e nutricional no Brasil*. Publicação Eletrônica. Disponível em <http://www.fomezero.gov.br/download/pol_inseg_alimentar_Flavio_Valente.pdf>. Acesso em: maio 2005.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 18, n. 4, p. 439-457, jul./ago. 2005.

VASCONCELOS, Ana Beatriz. *Ações de Nutrição e Saúde Pública: compromisso para alcançar os objetivos de desenvolvimento do milênio*. Disponível em: < http://dtr2004.saúde.gov.br/nutricao/objetivos_milenio.php>. Acesso em: 12 dez. 2006.

VIANA, Ana Luiza. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. *Revista de Administração Pública*, v. 30, n. 2, 5-42, 1996.

VIANA, A.L.D. et al.. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* v.18 supl. Rio de Janeiro, 2002. p. S139-S151.

VIANA, Ana Luiza d`Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de Políticas de Saúde (65-107) In: GIOVANELLA, Ligia et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed: FIOCRUZ, 2008, p.65-107.

VIEIRA, Jorge Blascoviski. A modernização do Estado gaúcho: qual é a agenda? *Indic. Econ. FEE*, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 135-154, nov., 2003.

WILDAWSKY, Aaron; PRESSMAN, Jeffrey L. *Implementación*. Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland. México, D.F.: FCE, 1998.

WOLFART, Graziela. *A fome expressa a natureza da desigualdade, entrevista com Rosana Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz*. Publicada pelo IHU On-line, 22/09/2008 [IHU On-line é publicado pelo Instituto Humanitas Unisinos - IHU, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, em São Leopoldo, RS.] Disponível em:<<http://www.ecodebate.com.br/2008/09/25/a-fome-expressa-a-natureza-da-desigualdade-entrevista-com-rosana-magalhaes-da-fundacao-oswaldo-cruz/>>. Acesso em: jan.2010.

YIN, Robert K. *Estudos de Caso: planejamento e métodos*. Tradução de Daneil Grassi, 2 ed. Porto Alegre: Bookmann, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Ofício solicitando autorização para realização da pesquisa nas instituições.

Santa Cruz do Sul, maio de 2007.

Prezado Senhor(a)

Cumprimentando-o cordialmente, vimos através deste solicitar autorização para o desenvolvimento da pesquisa: *A dimensão política e institucional na implementação da Vigilância Alimentar*, que será desenvolvida como Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da UNISC.

O objetivo da pesquisa é analisar o processo da implementação da política de vigilância alimentar e nutricional na região da 13ª coordenadoria regional da saúde no período compreendido entre 2003 até 2007. Serão objeto de análise os mecanismos institucionais e identificadas as formas de interação entre os atores envolvidos (governo, gestores de saúde, técnicos, conselheiros e demais atores sociais) em contextos de negociação e cooperação.

Este trabalho visa à busca de dados e informações sobre os processos decisórios da implementação da política de vigilância alimentar e nutricional em documentos e arquivos e com agentes públicos envolvidos na política selecionada, assim como ator da sociedade civil organizada representada nos diversos conselhos nas políticas pública.

Certos de podermos contar com a sua colaboração, desde já agradecemos a atenção
Atenciosamente,

Francisca M A Wichmann Profª.Pesquisadora,
doutoranda PPGDR –UNISC

Prof. Dr. Marcos A . F. Ferreira
Orientador da Pesquisa.

Ilmo Sr(a). _____

APÊNDICE B – Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisadora: Francisca Wichmann – PPGDR/UNISC

Estamos solicitando a sua participação na pesquisa “A dimensão política e institucional na implementação da Vigilância Alimentar e Nutricional” que está sendo realizada pela pesquisadora Francisca Wichmann da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. O propósito desta pesquisa é contribuir com sugestões significativas para a política de vigilância alimentar e nutricional do Estado do Rio Grande do Sul no sentido de compreender o papel e a dinâmica das instituições envolvidas na implementação da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional na região. Será necessária a disponibilidade de algum tempo para preenchimento do formulário.

As informações coletadas servirão de base para compreender a natureza, o conteúdo dos rumos de cada política e o caráter das relações entre os diversos atores envolvidos. Foi estabelecido que as respostas ficarão sob sigilo dos pesquisadores e que os participantes não serão identificados.

Eu, _____ fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito da minha forma de participação e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim eu desejar. Entendi que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e que tenho liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa. Caso tiver alguma dúvida sobre este estudo, sobre meus direitos de participante, ou sentir-me prejudicado pela minha participação, posso entrar em contato com Sra. Francisca Wichmann nos telefones (051) 3717.73.86 para eventuais esclarecimentos.

Este formulário foi lido por mim em ___/___/___ (data) pelo pesquisador, abaixo assinado.

Informante: _____

Pesquisador: _____

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento.

APÊNDICE C - Descrição das ações e proposição de estratégias de implementação de ações para a efetivação da política de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul.

Diretrizes	Ações Já realizadas	Ações Propostas
PNAN – Diretriz I	<p>- Coordenadorias orientam e estimulam a parceria entre os municípios e entidades privadas e filantrópicas para acesso a gêneros alimentícios para as crianças de risco nutricional. Entretanto a articulação intersetorial é limitada, existem ações isoladas, sem articulação com os outros setores.</p> <p>- Experiências isoladas de municípios que integraram PIM _ SISVAN _ inter programas _ é necessário reforçar a integração das ações PSF e PNAN, SISVAN.</p>	<p>- Interação entre todos os segmentos da sociedade, formando parcerias para desenvolver ações específicas junto a comunidade.</p> <p>Criar espaços nos municípios para os comitês/conselhos e fórum de segurança alimentar (saindo do espaço saúde) para o social, junto à sociedade civil.</p> <p>-Unificar saúde, nutrição da educação, intensificar as ações inter programas e implementando novas ações estimulando os municípios.</p> <p>Implementação do GT- Alimentação com Nutrição para articular Secretaria de Agricultura, merenda escolar, envolvimento dos movimentos sociais.</p> <p>Ampliar o trabalho conjunto com organização para a sociedade civil - controle social.</p> <p>Articulação com secretarias e outras organizações responsáveis.</p>
PNAN – Diretriz II	<p>As coordenadorias relatam que a vigilância sanitária encontra-se bastante presente, principalmente quanto à fiscalização, mais nova, não existe muita integração com os outros setores.</p>	<p>Ampliar ações intersetoriais descentralizadas.</p> <p>Otimizar as ações jurídicas qualificando as assessorias jurídicas. Participação, interligação com os conselhos de alimentação escolar.</p> <p>Articulação com secretarias e outras organizações responsáveis.</p>
PNAN – Diretriz III	<p>Todos fazem como podem. Existem muitos problemas para a implantação nas diferentes realidades. Falta de comunicação direta dos municípios/coordenadorias.</p> <p>Modificações constantes no foco do trabalho de vigilância não permitem avançar na estruturação do programa.</p> <p>Capacitação dos municípios e as regionais em relação ao monitoramento.</p>	<p>Retornar a proposta inicial da vigilância “risco nutricional”. Unificar o software para a vigilância. Ampliar as capacitações no uso dos softwares.</p> <p>Que todos alimentem o sistema o mais rápido, resolvendo os problemas operacionais do sistema.</p> <p>Melhor articulação entre os diversos sistemas - Otimização dos Sistemas</p> <p>Continuidade na implementação do módulo informatizado</p>
PNAN – Diretriz IV	<p>Elaboração dos guias nutricionais do R.G.S.</p> <p>Hospital amigo da criança _ estímulo ao aleitamento _ capacitações.</p> <p>Rotulagem nutricional obrigatório.</p> <p>Incentivo ao consumo de frutas, verduras e legumes.</p>	<p>Incluir as universidades na divulgação destas ações. Garantir a participação dos nutricionistas nos currículos escolares para educação nutricional, respeitando os hábitos alimentares e cultura local. Regulamentação das propagandas de alimentos, principalmente infantis.</p> <p>Integração dos setores dentro das regionais de saúde.</p> <p>Estímulo a hábitos alimentares e práticas saudáveis.</p>

PNAN – Diretriz V	Falta ações educativas, educação e saúde. Municípios e regionais. Prevenção e controle da desnutrição e obesidade em alguns municípios. Trabalho com população indígena.	Operacionalização do SISVAN. Pesquisa. Implementar ações de combate aos distúrbios nutricionais. Garantir a referência técnica à Desnutrição Grave.
PNAN – Diretriz VI	13º regional – pesquisa com micronutrientes. Anti projeto da secretaria da educação – cantinas escolares.	Trabalhar com dados epidemiológicos do centro de pesquisa de Pelotas. Criar instrumentos facilitadores para avaliação nutricional. Articulação com universidades.
PNAN – Diretriz VII	Desenvolvidas ações iguais do Ministério da saúde.	Capacitação de linha de frente./ Participação efetiva durante a semana da alimentação em outubro. Capacitação da rede básica; SISVAN e alimentação saudável.

Fonte: Adaptação da autora do Relatório da Macro-Capacitação para as discussões do SISVAN e da PAN no Estado de Santa Catarina e no Estado do Rio Grande do Sul, 2005.

APÊNDICE D - Descrição dos ciclos da política de vigilância alimentar e nutricional no Estado do Rio Grande do Sul no período de 1999 à 2008.

1998 - 1999	Implantação do Programa de Incentivo ao Combate das Carências Alimentares –ICCN
2000- 2001	Implantação do programa Cidadania Alimentar – requisito SISVAN implantado, Continuação do Monitoramento através da VAN do Programa de Incentivo ao Combate das Carências Alimentares –ICCN 1ª capacitação estadual em VAN aos técnicos das regionais de saúde; II Encontro Nacional das Áreas de Alimentação e Nutrição e Centros Colaboradores p/ Discussão do PBA; Encontro com Técnicos das Coordenações Estaduais das Áreas de Alimentação e Nutrição e Técnicos Regionais do DATASUS, para apresentação e discussão do Cadastramento Único de beneficiários do Governo Federal e alterações no PBA. Implantação do Sistema Informatizado de Vigilância alimentar para monitoramento e acompanhamento do PBA (453 municípios registrados no Sistema Recebimento de dados irregular - 402 municípios enviaram pelo menos um relatório trimestral;
2002– 2003	Treinamento do Programa Informatizado do SBA –DATASUS- PAN/SES/RS; Capacitações Estaduais do SBA que incorporava a VAN; 6□ Oficina Macro-Regional de Capacitação em Alimentação e Nutrição para Profissionais de Saúde da Atenção Básica-Sul; Capacitação para O Programa informatizado EPIINFO nas regionais de saúde; XVII Congresso Brasileiro de Alimentação e Nutrição Oficina de Capacitação na Operacionalização do SBA. Reunião Técnica com Coordenadores Regionais do PBA em 11 e 12 de setembro: Versão 5.0 do CAD Único (Cadastro Único para Programas Sociais), SBA. Contato permanente com a Caixa Econômica Federal para recebimento dos relatórios de pagamento dos municípios; Implantação e implementação do SBA no Estado, juntamente com a Área de Informação e Informática do SUS/MS/RS (DATASUS). Controle mensal através de instrumentos: Relação dos municípios que aderiram ao Bolsa Alimentação; Relação dos municípios com as respectivas portarias de qualificação ao Programa; Consolidado mensal por CRS da situação do PBA; Demonstrativo, por municípios, dos recursos recebidos pelo Programas Bolsa- Alimentação. Reunião Técnica do Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição (CECAN – Sul); Participação em reuniões com os Coordenadores municipais dos Programas de Alimentação e Nutrição nas regionais de saúde; Elaboração de materiais informativos e educativos: Guia alimentar (Alimentação Saudável); Protocolo de avaliação nutricional para os diferentes ciclos de vida; Folder: Alimentação Saudável; Participação do Conselho Gestor do Programa Fome Zero para as Comunidades Indígenas do Rio Grande do Sul; Participação do CESANS Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável- CONSEA/RS; Início do monitoramento da situação nutricional, através dos resumos mensais municipais, enviados pelas CRSs do SISVAN.
2004 – 2005	Acompanhamento do processo de implantação do SISVAN informatizado nas regionais de saúde; Participação do Conselho Gestor do Programa Fome Zero para as Comunidades Indígenas do Rio Grande do Sul; Participação do CESANS Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável- CONSEA/RS; Capacitação do sistema informatizado do SISVAN aos municípios e as regionais pelo DATASUS; Reuniões técnicas com as regionais de saúde discutindo a informatização do sistema envolvendo orientações sobre o sistema de VAN; Treinamento do PBF pelo DATASUS – Capacitação do CadÚnico Capacitações: O ano de 2005 seguiu com as Capacitações em VAN e CadÚnico/BOLSA FAMÍLIA - Capacitar os técnicos dos municípios para o uso do SISVAN; Reunião Técnica com o CECAN da Região Sul – apresentação das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas pelos Estados da Região Sul e metas para 2005 e 2006– reunião técnica em Brasília. V Encontro Nacional dos Coordenadores Estaduais e Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição. Elaboração de um Cronograma de execução das principais ações da área de Nutrição no âmbito do SUS. Brasília. Reforçar o conteúdo de "atitude de vigilância" e atingir um número considerável de profissionais capacitados no Estado.
2006 – 2007	Reunião Técnica com Coordenadores da PAN nas CRS's. Técnicos responsáveis pela PAN nas Coordenadorias de Saúde. Capacitar os técnicos nas novas funcionalidades do PBF/SISVAN

	<p>1ª Capacitação da Rede de Saúde de Porto Alegre no SISVAN Técnicos responsáveis pelo SISVAN. Sensibilizar e capacitar os técnicos no SISVAN</p> <p>Reunião sobre Segurança Alimentar Nutricional – STCAS - Propostas da Câmara Temática para Seminário da SANS - Projeto para IV Conferência Estadual de Segurança</p> <p>Participação do Conselho Gestor do Programa Fome Zero para as Comunidades Indígenas do Rio Grande do Sul;</p> <p>Participação do CESANS Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável-CONSEA/RS;</p> <p>Instalação e teste da nova versão do SISVAN;</p> <p>Capacitação do Programa Criança Sem Anemia no RS;</p> <p>Capacitação dos técnicos responsáveis pela PAN nas regionais de saúde das diretrizes contida no Guia Nutricional do RS;</p> <p>Capacitação dos municípios e Coordenadorias Regionais de Saúde no uso da ferramenta TABNET e TABWIN no SISVAN, participaram 17 Regionais de Saúde e 315 municípios para o monitoramento e avaliação do SISVAN;</p> <p>Apoio ao fomento e divulgação no Estado a promoção de hábito de vida e alimentação saudável a partir das mostras Macro-Regionais de experiências em alimentação e nutrição: municípios pertencentes as Macro-Regiões dos Vales, Centro-Oeste, Serra e Norte. No total participaram 62%(302) de município nas mostras. Das quatro Mostras Macro-regionais realizadas no segundo semestre de 2007, obteve-se aproximadamente 1.500 participantes, sendo que 990 participantes eram da Mostra das Macro-Regiões dos Vales.</p> <p>Realização de Oficina com Coordenadores Regionais do Programa Nacional de Suplementação de Ferro – PNSF. Capacitados os Coordenadores de Alimentação e Nutrição de 16 Coordenadorias Regionais de Saúde para as ações de prevenção e controle de carências nutricionais por micronutrientes, PNSF e uso do sistema de acompanhamento do Programa.</p> <p>Participação no estudo piloto do SISVAN via web, desenvolvido pela equipe da CGPAN, do Ministério da Saúde.</p> <p>Lançamento nacional da versão on line do SISVAN (sistema informatizado) no mês de dezembro, no Ministério da saúde, em Brasília/DF e planejamento e cronograma de capacitações para o uso do sistema pelos municípios do Estado.</p> <p>Publicação do “Boletim Informativo Alimentação e Nutrição” nº 02, “Caderno das ações de Alimentação e Nutrição da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde”, e “Protocolos Técnicos: Alimentação Saudável, Dislipidemia, Diabetes, Hipertensão e Atividade Física”</p> <p>Publicação de livro com os trabalhos, apresentados pelos municípios, nas Mostras Macro-regionais de Experiências em Alimentação e Nutrição.</p>
<p>2008 -2009</p>	<p>Capacitar, supervisionar, auxiliar, acompanhar e monitorar as Coordenadorias Regionais de Saúde no uso do Sistema de Gestão do PBF, e no indicador 35 do Pacto pela Saúde “Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do PBF acompanhadas pela atenção básica”- Foram capacitadas 15 Regionais de Saúde para o monitoramento e avaliação do Sistema de Gestão do PBF.</p> <p>Monitoramento, incentivo e acompanhamento dos municípios na coleta e registro de dados das famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde, que deverão ser acompanhadas na segunda vigência de 2008, cumprindo com a condicionalidade da saúde (prazo da vigência de 31 de dezembro de 2008); e para o alcance da meta pactuada no indicador.</p> <p>Planejamento das Ações de Alimentação e Nutrição com as Coordenadorias Regionais de Saúde de acordo com a demanda de cada Regional.</p> <p>Capacitação dos Técnicos Regionais para o acompanhamento do indicador 34 do Pacto pela Saúde “Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade”, e do SISVAN, via web, desenvolvido pela equipe da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, do Ministério da Saúde – foram capacitados 15 regionais de saúde.</p> <p>Planejamento e organização de três Mostras Macrorregionais, sendo duas mostras para o primeiro semestre e uma o segundo semestre de 2008, com a participação de profissionais municipais, estaduais da saúde e de universidades, para serem multiplicadores de ações de alimentação e nutrição.</p> <p>Capacitação dos Técnicos municipais responsáveis pelo novo SISVAN, via web, desenvolvido pela equipe da CGPAN, do Ministério da Saúde.</p>

Fonte: Adaptação da autora dos Relatórios anuais da Política de Alimentação e Nutrição do Estado do Rio Grande do Sul-2002-2004.

APÊNDICE E – Temáticas norteadoras das entrevistas com os gestores governamentais e da sociedade civil

Data	Entrevistado	Função		Instituição
Entrevistador:	Francisca Wichmann			
Escolaridade				
Cargo/Função:				
Carga Horária				
Regime de trabalho/ Tempo na Função	CLT	Concursado	Terceirizado	Cedido
NÍVEL	FEDERAL			
Apoio institucional dos setores de governo com respeito à política PNAN / SISVAN. Fragilidades e potencialidades. Intersetorialidade das políticas e a Vigilância Alimentar Nutricional.				
Instituições ou atores sociais mais representativos da política. Dificuldades Institucionais para legitimação da Política em termos de reconhecimento nos diversos níveis de gestão.				
Critérios mais centrais para definir os passos da implementação da política no Brasil, Estados e Municípios. Ator responsável na condução da estratégia em cada ente federativo.				
Relação entre níveis de governo - interação entre as esferas do governo (federal, estadual/regional e municipal) e a sociedade na política de vigilância alimentar e nutricional. Atuações das esferas do governo (federal, estadual e municipal) e a sociedade na implementação do SISVAN.				
Distribuição de recursos entre setores de governo, sua aplicação, efeitos e monitoramento dos gastos - conflitos em relação a esses aspectos que possam ser relevantes – no momento da implementação da política.				
Objetivos do Milênio – Prioridades e questões decisivas para o bom encaminhamento da política.				
Atuação das instituições representadas no Programa Bolsa Família com relação ao papel a ser desempenhado pela Vigilância Alimentar e Nutricional no âmbito das políticas que compõem o Bolsa.				
Demandas de Nutrição das Conferências Nacionais de Saúde das Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional e Reforço do Controle Social - como estas questões perpassam para os níveis de governo (federal estadual e municipal).				
Diálogo com os setores que se situam nas áreas de interseção com a vigilância alimentar e nutricional nas instâncias de controle social, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CNSAN), conselhos estaduais e municipais (CMS - CNSAN). Fragilidades e potencialidades nesta área.				
Controle Social - SISVAN e a gestão de políticas de alimentação e nutrição - no Estado e Municípios. Vigilância alimentar e nutricional e fomento do uso das informações nas ações intra e intersetorial e na contribuição para a SAN no âmbito local, municipal, estadual e federal.				
Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CNSAN) e implementação da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional. Atribuições do CNSAN com relação à política de SISVAN. O CNSAN participa em algum momento do processo de implementação da política.				
Ações entre a política de vigilância alimentar e nutricional com o CNSAN e a Política Estadual de Alimentação. Ambiente Institucional - cooperação ou de disputas entre estes fóruns.				
Institucionalização da política no Rio Grande do Sul. - compromisso político dos entes federativos na implementação da vigilância alimentar e nutricional.				
NÍVEL	CENTRAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL			
Responsabilidades institucionais e estratégias de atenção à saúde, com o SISVAN e a Segurança Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul. Como são trabalhadas as responsabilidades sobre a política entre o CNSAN e a Política Estadual de Alimentação? O ambiente é predominantemente de cooperação ou de disputas entre estes fóruns?				
Espaço do SISVAN na AGENDA Estadual. A transversalidade do SISVAN no conjunto das ações em saúde.				
Departamento de Ações em Saúde e estratégia do SISVAN no âmbito do conjunto das ações de saúde.				

Encaminhamentos Institucionais - questões referentes à política de Alimentação e Nutrição no estado, que tratamento e encaminhamentos têm recebido no Conselho (Estadual e Regional de Saúde). Conselho Estadual de Saúde versus apoio institucional dos setores de governo com respeito à política SISVAN. Potencialidades e Fragilidades.	
Atuações das esferas do governo (federal, estadual e municipal) e a sociedade na implementação do SISVAN. Critérios mais centrais para definir os passos da implementação da política no RS. Ator condutor da estratégia para o estado. Consensos versus Conflitos em relação às prioridades estratégicas a serem implementadas nas diversas regiões.	
Intersetorialidade das políticas e a Vigilância Alimentar Nutricional. Relação dos níveis de governo - interação entre as esferas do governo (federal, estadual/regional e municipal) e a sociedade na política de vigilância alimentar e nutricional. Instituições ou atores sociais mais representativos da política.	
Controle Social - SISVAN e a gestão de políticas de alimentação e nutrição - no Estado e Municípios. Vigilância alimentar e nutricional e fomento do uso das informações nas ações intra e intersetorial e na contribuição para a SAN no âmbito local, municipal e regional. Papel dos conselhos.	
Distribuição de recursos entre setores de governo, sua aplicação, efeitos e monitoramento dos gastos (instrumentos) - conflitos em relação a esses aspectos que possam ser relevantes – no momento da implementação da política.	
Objetivos do Milênio – Prioridades e questões decisivas para o bom encaminhamento da política.	
Atuação das instituições representadas no Programa Bolsa Família com relação ao papel a ser desempenhado pela Vigilância Alimentar e Nutricional no âmbito das políticas que compõem o Bolsa.	
Demandas de Nutrição das Conferências Nacionais de Saúde das Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional e Reforço do Controle Social - como estas questões são acolhidas e trabalhadas junto aos níveis de governo (estadual e municipal).	
Diálogo com os setores que se situam nas áreas de interseção com a vigilância alimentar e nutricional nas instâncias de controle social, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CNSAN), conselhos estaduais e municipais (CMS - CNSAN). Fragilidades e potencialidades nesta área.	
Responsabilidades institucionais e estratégias de atenção à saúde, com o SISVAN e a Segurança Alimentar e Nutricional dos entes federativos.	
Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional (CESAN) e implementação da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional. Atribuições do CESAN com relação à política de SISVAN. O CESAN participa em algum momento do processo de implementação da política? Atribuições do Conselho Estadual de Segurança Alimentar com a política de SISVAN	
Ações entre a política de vigilância alimentar e nutricional com o CESAN e a Política Estadual de Alimentação. Ambiente Institucional - cooperação ou de disputas entre estes fóruns.	
Compromisso político dos entes federativos na implementação da vigilância alimentar e nutricional: a institucionalização da política no Rio Grande do Sul.	
O CECAN - Sul (órgão macrorregional Sul) - responsabilidades no fortalecimento do SISVAN Estadual.	
DATASUS – comente sobre o processo da implantação do SISVAN no Estado do Rio Grande do Sul.	
Apoio institucional dos setores de governo estadual com respeito à política PNAN/SISVAN. Fragilidades e potencialidades.	
NÍVEL	MACROTERRITORIAL
Conhecimento do Gestor Regional do SISVAN. Atuação Regional e Municipal.	
Espaço do SISVAN na Agenda Regional - Municipal.	
Papel das Coordenadorias no conjunto de suas responsabilidades institucionais e estratégias de atenção à saúde, com a Política de Alimentação e Nutrição e as ações de Vigilância alimentar e nutricional. Responsabilidades Institucionais das Coordenadorias Regionais de Saúde. Apoio institucional dos setores do governo as coordenadoria para implementar o SISVAN.Potencialidades e Fragilidades.	
Encaminhamentos Institucionais - questões referentes à política de Alimentação e Nutrição no estado, que tratamento e encaminhamentos têm recebido no Conselho (Regional de Saúde/Municipal/Segurança Alimentar e Nutricional). - Conselho Regional de Saúde versus apoio institucional dos setores de governo com respeito à política SISVAN. Potencialidades e Fragilidades.	

Discussões regionais sobre a vigilância alimentar e nutricional. Conhecimento institucional da política e institucionalização na região.	
Controle Social - SISVAN e a gestão de políticas de alimentação e nutrição – na região/municípios. Vigilância alimentar e nutricional e fomento do uso das informações nas ações intra e intersetorial e na contribuição para a SAN no âmbito municipal, regional e/ou estadual.	
A transversalidade do SISVAN no conjunto das ações em saúde – como é trabalhada e fomentada?	
Critérios mais centrais para definir os passos da implementação da política no RS. Ator condutor da estratégia para o município e formas de encaminhamento mais comum para operar os passos da implementação.	
Instituições ou atores sociais mais representativos da política.	
Relação dos níveis de governo – atuação e interação entre as esferas do governo (federal, estadual/regional e municipal) e a sociedade na política de vigilância alimentar e nutricional.	
Distribuição de recursos entre setores de governo, sua aplicação, efeitos e monitoramento dos gastos - conflitos em relação a esses aspectos que possam ser relevantes – no momento da implementação da política.	
Objetivos do Milênio – Prioridades e questões decisivas para o bom encaminhamento da política.	
Atuação das instituições representadas no Programa Bolsa Família com relação ao papel a ser desempenhado pela Vigilância Alimentar e Nutricional no âmbito das políticas que compõem o Bolsa.	
Demandas de Nutrição das Conferências Nacionais/Estaduais de Saúde das Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional e Reforço do Controle Social - como estas questões são acolhidas e trabalhadas junto aos níveis de governo (estadual e municipal).	
Diálogo com os setores que se situam nas áreas de interseção com a vigilância alimentar e nutricional nas instâncias de controle social, como o Conselho Estadual/Regional/Municipal de Saúde (CES), Conselho Estadual/Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional. Fragilidades e potencialidades nesta área.	
Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CESAN) e implementação da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional. Atribuições do CESAN com relação à política de SISVAN. O CESAN participa em algum momento do processo de implementação da política.	
Institucionalização da política no Rio Grande do Sul.- compromisso político dos entes federativos na implementação da vigilância alimentar e nutricional.	
Gargalos políticos e institucionais mais relevantes na Região.	
Apoio institucional dos setores de governo com respeito à política PNAN / SISVAN. Fragilidades e potencialidades.	
Responsabilidades institucionais e estratégias de atenção à saúde, com o SISVAN e a Segurança Alimentar e Nutricional na região e municípios.	
Intersetorialidade das políticas e a Vigilância Alimentar Nutricional.	
Divulgação e tratamento dos dados gerados pelo SISVAN – estado e no município.	
Estratégia Saúde da Família - ações e Conhecimento do SISVAN. Nível central/regional e municipal.	
NÍVEL	MICROTERRITORIAL
Conhecimento do Gestor Municipal do SISVAN. Atuação Regional e Municipal.	
Espaço do SISVAN na Agenda Municipal.	
Responsabilidades institucionais e estratégias de atenção à saúde, com o SISVAN dos municípios.	
Papel das Coordenadorias no conjunto de suas responsabilidades institucionais e estratégias de atenção à saúde, com a Política de Alimentação e Nutrição e as ações de Vigilância alimentar e nutricional. Apoio institucional dos setores do governo as coordenadoria para implementar o SISVAN.Potencialidades e Fragilidades	

Discussões regionais sobre a vigilância alimentar e nutricional. Conhecimento institucional da política e institucionalização na região. Responsabilidades institucionais e estratégias de atenção à saúde, com o SISVAN e a Segurança Alimentar e Nutricional na região e municípios.
Controle Social - SISVAN e a gestão de políticas de alimentação e nutrição – na região/municípios. Vigilância alimentar e nutricional e fomento do uso das informações nas ações intra e intersetorial e na contribuição para a SAN no âmbito municipal, regional e/ou estadual.
A transversalidade do SISVAN no conjunto das ações em saúde – como é trabalhada e fomentada?
Critérios mais centrais para definir os passos da implementação da política no Município. Ator condutor da estratégia para o município e formas de encaminhamento mais comum para operar os passos da implementação.
Encaminhamentos Institucionais - questões referentes à política de Alimentação e Nutrição no estado, que tratamento e encaminhamentos têm recebido no Conselho (Regional de Saúde/Municipal/Segurança Alimentar e Nutricional).
Consensos versus Conflitos em relação às prioridades estratégicas a serem implementadas nos municípios.
Instituições ou atores sociais mais representativos da política.
Intersetorialidade das políticas e a Vigilância Alimentar Nutricional. Relação dos níveis de governo – atuação e interação entre as esferas do governo (secretarias) e a sociedade na política de vigilância alimentar e nutricional.
Distribuição de recursos entre setores de governo, sua aplicação, efeitos e monitoramento dos gastos - conflitos em relação a esses aspectos que possam ser relevantes – no momento da implementação da política.
Objetivos do Milênio – Prioridades e questões decisivas para o bom encaminhamento da política.
Atuação das instituições representadas no Programa Bolsa Família com relação ao papel a ser desempenhado pela Vigilância Alimentar e Nutricional no âmbito das políticas que compõem o Bolsa.
Demandas de Nutrição das Conferências Nacionais/Estaduais/Municipais de Saúde/ Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional / Reforço do Controle Social - como estas questões são acolhidas e trabalhadas junto aos níveis de governo (estadual /regional e municipal).
Diálogo com os setores que se situam nas áreas de interseção com a vigilância alimentar e nutricional nas instâncias de controle social, como o Conselho Estadual/Regional/Municipal de Saúde (CES), Conselho Estadual/Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional. Fragilidades e potencialidades nesta área.
Conselho Estadual/Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (CESAN) e implementação da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional. Atribuições do CESAN/CMSAN com relação à política de SISVAN. O CESAN/CMSAN participa em algum momento do processo de implementação da política no nível local.
Institucionalização da política nos municípios - compromisso político dos entes federativos na implementação da vigilância alimentar e nutricional - Gargalos políticos e institucionais mais relevantes.
Divulgação e tratamento dos dados gerados pelo SISVAN – estado e no município.
Estratégia Saúde da Família - ações e Conhecimento do SISVAN. Nível central/regional e municipal.
OBS: O roteiro norteador da entrevista foi utilizado com os atores sociais observando a inserção de cada agente nos respectivos lugares institucionais – Federal, Estadual/Central, Regional (macro território e micro território), bem como o tipo de representação de cada ator - sociedade civil - governamental.

APÊNDICE F - Questionário semi-estruturado

PUBLICO ALVO: AGENTES TECNICOS IMPLIMENTADORES DO SISVAN NAS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL NÚMERO DE RESPONDENTES: 16 COORDENADORES

Data:			2008
Entrevistador:	Francisca Wichmann		
Escolaridade			
Cargo/Função:			
Carga Horária			
Regime de trabalho	CLT	Concursado	Terceirizado Cedido
Tempo na Função:			
1. Quando iniciou a implementação da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional (PVAN) no seu município? (2 linhas)			
2. Há quanto tempo você é responsável pela PVAN ? (1 linha)			
3. Você atua exclusivamente na PVAN ou tem responsabilidade sobre outras políticas municipais de saúde? Descreva quais se for o caso. (Livre)			
4. Descreva os procedimentos mais gerais adotados em seu Município para organizar a implementação da PVAN na região, sob sua responsabilidade? (Livre)			
5. Quais desses procedimentos você considera mais importante? (Livre)			

☺☺ Para obter a melhor implementação, ou seja, o melhor funcionamento da política classifique em ordem de importância os termos a seguir nos quadros abaixo: **coordenação, sensibilização, capacitação, monitoramento.**

1	
2	
3	
4	

7. Cite questões que interferem na boa implementação da política e que não dependem de sua atuação, influência ou autoridade, mas que você considera de grande importância. (Livre)	
8. Descreva a atuação de sua Coordenadoria sobre os municípios da área de abrangência, com respeito ao conjunto de responsabilidades institucionais e estratégias de atenção à saúde, com a PVAN. Destaque o que considera os pontos fortes e frágeis desta ação. (livre)	

9. Escolha na escala percentual a seguir, em que situação você considera a implementação da política em sua regional neste momento.

0 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	61 a 70	71 a 80	81 a 90	91 a 100
--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	----------

10. Os Municípios tem recebido apoio institucional dos <u>setores de governo</u> envolvidos com a PVAN? Descreva suas impressões ou experiências a respeito. (Livre)	
--	--

11. Numere cada um dos níveis de governo conforme você considera em termos de importância para seu trabalho. (1,2,3)

	Nível Federal		Nível Estadual		Nível Municipal
--	---------------	--	----------------	--	-----------------

12. Como você situaria, em linhas gerais os processos que envolvem linhas de **compromisso público/apoio/interação/cooperação/reciprocidade** entre as esferas de governo (federal, estadual e municipal), no momento da implementação da PVAN, através das escalas a seguir? Assinale um dos números definindo sua avaliação.

Governo Federal e Estadual

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Governo Federal e Municipal

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Governo Estadual e Municipal

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nível Central e Nível Regional da SES no RS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nível Regional (SES) e Municípios no RS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nível Municipal e Secretarias

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Gestor Municipal e Secretaria de Saúde

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Conselhos do Município e Secretaria de Saúde

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Algum comentário adicional se faz necessário para esclarecimento? (Livre)	
---	--

13. Identifique em cada uma das relações acima assinaladas, aspectos que você considere positivos e negativos para o sucesso da política.

	Positivos	Negativos
Governo Federal e Estadual		
Governo Federal e Municipal		

Governo Estadual e Municipal		
Nível Central e Nível Regional da SES no RS		
Nível Regional (SES) e Municípios no RS		
Nível Municipal Gestor Municipal e Secretaria de Saúde		
Nível Municipal Nível Municipal e Secretarias		
Nível Municipal Conselhos do Município e Secretaria de Saúde		

14. Os Municípios tem recebido apoio institucional dos setores de governo municipal com respeito à PVAN? Assinale com um “x” a resposta preferencial.

Sim, muito	Sim, mas com ressalvas	Indiferente	Não, pouco	Não, muito pouco

15. Você considera esse tipo de apoio importante? Assinale a resposta no quadro abaixo

Sim, decisivo	Sim, mas depende mais do Gov. Federal	Não sei responder	Não, porque o principal é de responsabilidade de outras esferas	Não faz diferença se tem ou não tem

16. Os responsáveis pela implementação regional têm recebido apoio institucional dos secretários de saúde com respeito à PVAN? Assinale com um “x” a resposta preferencial.

Sim, muito	Sim, mas com ressalvas	Indiferente	Não, pouco	Não, muito pouco

17. Você considera esse tipo de apoio importante? Assinale a resposta no quadro abaixo

Sim, decisivo	Sim, mas não é decisivo	Não sei responder	Não, porque o principal é de responsabilidade de outras esferas	Não faz diferença se tem ou não tem

18. Como você situaria, em linhas gerais os processos que envolvem linhas de **envolvimento/ compromisso público / apoio / interação/ cooperação/ reciprocidade** entre os diversos setores envolvidos na PVAN no nível do **município**: gestores da saúde, outras secretarias de governo, prefeito, profissionais da rede, conselhos gestores, setores da sociedade civil organizada. Assinale um dos números definindo sua avaliação.

Prefeito Municipal

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Secretaria da saúde dos municípios

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Outras secretarias de governo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Conselhos gestores (Saúde, Segurança Alimentar, Desenvolvimento/Assistência Social)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Profissionais de saúde da rede

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Técnico municipal implementador da política

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

19. Algum comentário adicional se faz necessário para esclarecimento? (Livre)	
20. Existem mais consensos ou mais conflitos em relação às prioridades estratégicas da política a serem implementadas nos municípios de sua região?	
21. Como você tem lidado com isso? (Livre)	
22. Em seu papel de implementador(a) da política pergunta-se se consegue observar “gargalos” (dificuldades, constrangimentos) políticos e institucionais. Quais os mais relevantes?	
23. Para que os Objetivos do Milênio possam ser uma meta possível de ser alcançada na sua região ou no estado, que questões a seu ver são decisivas para o bom encaminhamento da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional?	
24. Quem decide sobre a condução da estratégia para o município?	

Depoimento Livre

Existe o Conselho de Segurança Alimentar no município? Já participastes? Com está estruturada a política de alimentação e nutrição no município de lajeado? E a política do SISVAN? Estas se encontram no plano municipal do município? Existem recursos? Como os gestores lidam com estas ações? Esta temática perpassa pelos conselhos? Fale uma pouco das dificuldades encontradas e das possibilidades

Escreva Livremente

APÊNDICE G - Roteiro da oficina temática

OFICINA MACROREGIONAL	
Público alvo	Atores Governamentais e da Sociedade Civil
Local	Auditório do Hotel Aquário- novembro de 2006
Duração	
Coordenador	Francisca Wichmann
Tema	Que SISVAN você faz e quer para o seu município e/ou região?
Questões Norteadoras para a Síntese da Oficina	
Descreva como vocês percebem as ações do Estado, do Ministério e especialmente das Coordenadorias Regionais de Saúde junto a implementação do SISVAN? Como estas entidades desempenham (ou desempenharam) o papel de multiplicadores junto aos municípios de sua abrangência na implementação do SISVAN?	
Como os municípios desempenham (ou desempenharam) o papel de multiplicadores no nível loco/regional o processo de implantação e implementação do SISVAN? Como é realizado o suporte de informática?	
Os municípios contam com alguns parceiros (CONSEA, CES, PASF, PASTORAL ou outros) para implantação e/ou implementação do SISVAN?	
Quais os pontos críticos que você identifica na implantação e/ou implementação do SISVAN?	
Cite três sugestões que você daria para os pontos críticos listados?	
Citar as principais pendências e dificuldades (entraves) apresentadas nos municípios em relação ao SISVAN:	
A política de Segurança Alimentar possui uma interface com as ações de vigilância alimentar e nutricional no seu município? Como o Estado trabalha estas questões.	
Como vocês definiriam Segurança Alimentar e Vigilância Alimentar e Nutricional?	
Observações relevantes do grupo de trabalho	

APÊNDICE H - Instituições Governamentais e da Sociedade Civil e Agentes integrantes da pesquisa

Nível Federal	
Conselho Gestor da Política de Alimentação e Nutrição	(Governamental)
Comissão Interinstitucional de Alimentação e Nutrição	
Conselho Nacional de Saúde	(Sociedade Civil)
Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável	(Sociedade Civil)
Nível Estadual	
1. Nível Central	
<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Ações em Saúde (Governamental) • Política de Alimentação e Nutrição (Governamental) • Coordenação da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional (Governamental) • Comitê Gestor do Bolsa Família (Governamental) • Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional (Sociedade Civil) • Conselho Estadual de Saúde (Sociedade Civil) • DATASUS – MS (Governamental) • Coordenadores das Regionais de Saúde responsáveis pela PVAN – nos municípios de sua abrangência 	
2. Nível Regional	
2.1 Macroterritorial	
2.1.1 Pólos Assistenciais das Regiões dos Vales – Gestão Plena	
<ul style="list-style-type: none"> • Santa Cruz do Sul 	
- Secretaria de Saúde do Município (Governamental)	
- Conselho Municipal de Saúde (Sociedade Civil)	
- Conselho de Segurança Alimentar (Sociedade Civil)-	
<ul style="list-style-type: none"> • Lajeado 	
- Secretaria de Saúde do Município (Governamental)	
- Conselho Municipal de Saúde (Sociedade Civil)	
- Conselho de Segurança Alimentar (Sociedade Civil)-	
<ul style="list-style-type: none"> • Cachoeira do Sul 	
- Secretaria de Saúde do Município (Governamental)	
- Conselho Municipal de Saúde (Sociedade Civil)	
- Conselho de Segurança Alimentar (Sociedade Civil) – Inoperante	
2.1.2 Macrorregião dos Vales	
<ul style="list-style-type: none"> • Coordenadoria Regional de Saúde: 13ª. 	
- Conselho Regional de Saúde (Sociedade Civil)	
- Delegado da Regional da Saúde	
- FAMURGS – Associação dos Municípios da Região do Vale do Rio Pardo	
<ul style="list-style-type: none"> • Coordenadoria Regional de Saúde: 16ª. 	
- Delegado da Regional da Saúde	
- Conselho Regional de Saúde (Sociedade Civil)	
- Implementador da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional na Regional de Saúde	
<ul style="list-style-type: none"> • Coordenadoria Regional de Saúde: 8ª. 	
- Delegado da Regional da Saúde	
- Conselho Regional de Saúde (Sociedade Civil)	
- Implementador da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional na Regional de Saúde	
- Membro da Bipartite - COGERE	

2.2 Microterritorial - Local
2.2.1 Pólos Assistenciais da Microrregião de Saúde – Gestão Plena
• Santa Cruz do Sul
- Secretaria de Saúde do Município (Governamental)
- Implementador da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional- Municipal
- Conselho de Segurança Alimentar (Sociedade Civil)
- Conselho de Segurança Alimentar (Governamental)
- Comitê Gestor do Bolsa Família (Governamental)
- Conselho Municipal de Saúde (Sociedade Civil)
• Venâncio Aires
- Secretaria de Saúde do Município (Governamental)
- Implementador da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional-Municipal
- Conselho de Segurança Alimentar (Sociedade Civil)
- Conselho de Segurança Alimentar (Governamental)
- Comitê Gestor do Bolsa Família (Governamental)
- Conselho Municipal de Saúde (Sociedade Civil)
2.2.2 Microrregião de Saúde
• 13ª Coordenadoria Regional de Saúde
- Delegado da Regional da Saúde (Governamental)
- Conselho Regional de Saúde (Sociedade Civil)
- Implementador da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional- Regional (Governamental)
- Coordenação da Estratégia Saúde da Família (Governamental)
- Coordenador Regional do Departamento das Ações em Saúde (Governamental)
- Coordenador de Monitoramento de Gestão
2.2.3 Município em Gestão Plena da Básica (escolha aleatória)
• Rio Pardo
- Secretaria de Saúde do Município (Governamental)
- Implementador da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional-Municipal
- Conselho de Segurança Alimentar (Sociedade Civil)
- Conselho de Segurança Alimentar (Governamental)
- Comitê Gestor do Bolsa Família (Governamental)
- Conselho Municipal de Saúde (Sociedade Civil)

APÊNDICE I – DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE INDIVÍDUOS ACOMPANHADOS COM REGISTRO NO SISVAN WEB, SEGUNDO FASE DA VIDA E UNIDADE FEDERATIVA. RIO GRANDE DO SUL, 2008.

Estado Nutricional (IMC – Crianças 0 – 10 anos)														
Microrregião de Saúde	Magreza acentuada		Magreza		Eutrofia		Risco de sobrepeso (0-5 anos)/ Sobrepeso (5-10 anos)		Sobrepeso (0-5 anos)/ Obesidade (5-10 anos)		Obesidade (0-5 anos)/ Obesidade Grave (5-10 anos)		Total	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%		
8ª CRS	62	1,7	46	1,3	2.571	71,1	721	19,9	173		4,8	43	1,2	3.616
13ª CRS	345	2,9	162	1,4	7.541	62,9	2.422	20,2	949		7,9	567	4,7	11.986
16ª CRS	176	2,1	123	1,5	4.873	59,5	1.702	20,8	793		9,7	520	6,4	8.187
Macrorregião dos Vales	583	2,4	331	1,39	14.985	63	4.845	20,3	1915		8,0	1130	4,75	23.789
Estado Nutricional – IMC – Adolescente (10-19 anos)														
Microrregião de Saúde	Magreza acentuada		Magreza		Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade		Obesidade Grave		Total	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%		
8ª CRS	36	1,0	83	2,4	2.611	75,1	556	16,0	162	4,7	28	0,8	3.476	
13ª CRS	12	0,5	30	1,3	1.507	66,9	450	20,0	209	9,3	43	1,9	2.251	
16ª CRS	62	1,7	46	1,3	2.571	71,1	721	19,9	173	4,8	43	1,2	3.616	
Macrorregião dos Vales	110	1,2	159	1,7	6.689	71,1	1727	18,4	604	6,4	114	1,2	9.404	
Estado Nutricional (IMC – Adulto)														
Município	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade		Total					
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%						
8ª CRS	223	3,4	2.907	44,7	1.969	30,3	1.405	21,6	6.504					
13ª CRS	93	1,8	1.746	33,9	1.633	31,7	1.680	32,6	5.152					
16ª CRS	33	1,6	736	36,5	692	34,3	558	27,6	2.019					
Macrorregião dos Vales	349	2,5	5.399	39	4.294	31,3	3.643	26,6	13.685					
Estado nutricional (IMC- Idoso)														
Município	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Total							
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%								
8ª CRS	10	13,9	32	44,4	30	41,7	72							
13ª CRS	216	11,8	580	31,8	1.027	56,3	1.823							
16ª CRS	22	6,2	129	36,1	206	57,7	357							
Macrorregião dos Vales	248	5,5	741	32,9	1.533	68	2.252							
Estado nutricional atual (IMC por semana gestacional)														
UF	Município	IBGE	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade		Total			
			Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%				
	8ª CRS		9	12,5	38	52,8	19	26,4	6	8,3	72			
	13ª CRS		158	16,5	351	36,6	263	27,5	186	19,4	958			
	16ª CRS		44	13,6	128	39,6	83	25,7	68	21,1	323			
	Macrorregião dos Vales		211	15,6	517	38,2	365	26,9	260	19,21	1353			