

Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde

A look at the food and nutrition agenda over thirty years of the Unified Health System

Patricia Constante Jaime ¹
Denise Costa Coitinho Delmuè ²
Tereza Campello ³
Denise Oliveira e Silva ³
Leonor Maria Pacheco Santos ⁴

Abstract *Food and nutrition are basic requirements for the promotion and protection of health. Nutrition monitoring and dietary recommendations are included in the mission of the Unified Health System (SUS, in its Portuguese acronym), as established by the Organic Health Law no. 8,080 of 1990. This article presents and discusses the food and nutrition agenda of the SUS and its interface with Food and Nutrition Security, its benchmarks, progress and challenges. This essay was guided by biographical and documentary research and, above all, by the experiences and perceptions of the authors, who, at various times and in various contexts, have been and continue to be actors of Brazil's food and nutrition agenda. We emphasise the idea of the SUS, with its accomplishments and shortcomings, as a living system derived from the technical, ethical and political commitments of its administrators, workers, academics and society as a whole. Thus, we seek to contribute to the debate about the Brazilian path to the construction of a public social welfare system committed to health and adequate nutrition as a human rights.*

Key words *Food and nutrition programmes and policies, Health promotion, Nutritional transition, Unified Health System, Food and Nutrition Security*

Resumo *A alimentação e a nutrição são requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde. A vigilância nutricional e a orientação alimentar estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecido na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990. O presente artigo apresenta e discute a agenda de alimentação e nutrição no SUS e sua interface com a Segurança Alimentar e Nutricional, seus marcos históricos, avanços e desafios. Este ensaio foi orientado por pesquisa biográfica e documental e, sobretudo, no resgate das experiências e percepções das autoras que, em diferentes momentos e contextos, foram e são sujeitos da agenda de alimentação e nutrição no Brasil. Reforçamos assim a ideia do SUS, com suas conquistas e imperfeições, como um sistema vivo e derivado do compromisso técnico-ético-político dos gestores, dos trabalhadores, da academia e da sociedade como um todo. Desta forma, buscamos contribuir com o debate sobre a trajetória brasileira de construção de um sistema público de proteção social que se comprometeu com o direito humano à saúde e à alimentação adequada.*

Palavras-chave *Programas e políticas de nutrição e alimentação, Promoção da saúde, Transição nutricional, Sistema Único de Saúde, Segurança alimentar e nutricional*

¹ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 715, Cerqueira César. São Paulo SP Brasil. constant@usp.br

² Consultora independente em nutrição e sistemas alimentares. Genebra Suíça.

³ Escola Fiocruz de Governo, Fiocruz Brasília. Brasília DF Brasil.

⁴ Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

Introdução

No Brasil, o direito à saúde e à alimentação são garantias constitucionais inseridas entre os direitos sociais. A alimentação adequada é um requisito básico para a promoção e a proteção da saúde, sendo reconhecida como um fator determinante e condicionante da situação de saúde de indivíduos e coletividades¹.

A alimentação e a nutrição, enquanto área temática no Ministério da Saúde, mas também como expressão de atores sociais historicamente envolvidos no tema, participou ativamente das discussões da reforma sanitária e estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)². Exemplo disto foi a 1ª Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, realizada em 1986, como desdobramento e em seguimento imediato da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Essa conferência representou, por um lado, o engajamento da área de alimentação e nutrição na reforma sanitária e, por outro, lançou um conjunto de proposições que se tornaram referências permanentes em Segurança Alimentar e Nutricional³.

Desta forma, a agenda de alimentação e nutrição tem sido proposta e defendida de forma transversal às demais ações de saúde, com formulação, execução e avaliação dentro das atividades e responsabilidades do sistema de saúde, mas com contornos e intersecções com o campo amplo e intersetorial da Segurança Alimentar e Nutricional⁴.

Segundo a Lei Orgânica da Saúde, estão incluídas no campo de atuação do SUS a vigilância nutricional e a orientação alimentar¹. A partir deste entendimento e compromisso inicial foi possível ir além e propor uma política específica para o tema, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999 e atualizada em 2011^{5,6}. Essa Política norteia a organização e a oferta da atenção nutricional, tendo como propósito a *melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis; a vigilância alimentar e nutricional; e a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados*⁶.

Estando inserida ao longo dos trinta anos do SUS, essa agenda temática tem gradualmente superado uma posição marginal ou paralela ao sistema para outra com melhor entendimento de seu papel e protagonismo como componente essencial na atenção integral em saúde. Assim,

apresenta-se como elo potente de articulação entre a saúde e outros setores relacionados ao Direito Humano à Alimentação Saudável (DHAA).

O presente artigo, na forma de ensaio, apresenta e discute a agenda de alimentação e nutrição no SUS e sua interface com a Segurança Alimentar e Nutricional, seus marcos históricos, avanços e desafios. Para isso, baseamo-nos na pesquisa biográfica e documental e, sobretudo, no resgate das experiências e percepções das autoras que, em diferentes momentos e contextos, foram e são sujeitos da agenda de alimentação e nutrição no Brasil. Reforçamos assim a ideia do SUS, com suas conquistas e imperfeições, como um sistema vivo e derivado do compromisso técnico-ético-político dos gestores, dos trabalhadores, da academia e da sociedade como um todo. Desta forma, buscamos contribuir com o debate sobre a trajetória brasileira de construção de um sistema público de proteção social que se comprometeu com a realização do direito humano à saúde e, intersetorialmente, à alimentação adequada.

O que veio com o SUS?

Primeiramente, é preciso reconhecer que a agenda de alimentação e nutrição nas políticas públicas brasileiras precede o SUS. Sua origem remete à década de 1930, marcada, por um lado, pelo nascimento do pensamento trabalhista no Governo Vargas e, por outro, à pioneira denúncia acadêmica de Josué de Castro de que a fome e suas diferentes formas de expressão no corpo humano (como desnutrição e carências de micronutrientes) eram provenientes de desigualdades sociais, decorrentes de um modelo econômico injusto e excludente. Desde então, o Estado Brasileiro tem experimentado diferentes modalidades de intervenção e programas sociais no campo da alimentação e nutrição⁷⁻⁹.

Um acontecimento histórico importante foi a criação da Comissão Nacional de Alimentação (CNA), em 1945, na qual se organizaram os primeiros esforços de formulação de uma política nacional de alimentação. Exemplo de ação impulsionada pelo CNA foi a edição da primeira lei, em 1953, que tornou obrigatória a iodação do sal de cozinha nas áreas endêmicas de bócio. Contudo, o papel estratégico proposto ao CNA só veio a se concretizar com a criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), em 1972, como uma autarquia pública vinculada ao Ministério da Saúde. Apesar de sua vinculação setorial, assume um discurso de defesa da nutrição como elemento central para

o desenvolvimento nacional e de proposição de ações intersetoriais para dar resposta às necessidades de alimentação da população brasileira, na linha das políticas compensatórias e de promoção do bem-estar social. Paradoxalmente, o INAN surge como um órgão central estratégico no seio do Governo durante a ditadura militar. O enfraquecimento do papel político e técnico do INAN levou a sua extinção em 1997 e parte de suas funções foi assumida por áreas técnicas do Ministério da Saúde⁷⁻⁹. Essas experiências e construções político-sociais marcaram a forma como o tema da alimentação e nutrição se apresenta na agenda do SUS.

A PNAN, ainda que operacionalizada no âmbito do SUS, surge em 1999 como uma política pública que objetiva ações de enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional da população brasileira. A primeira edição da PNAN foi pioneira ao adotar como princípio a realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Dando resposta e consequência às recomendações políticas da I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição e da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar. Em 1994, a PNAN amplia o conceito de SAN, antes tratado apenas como o abastecimento em quantidade apropriada, para a incorporação do acesso universal aos alimentos e da dimensão nutricional, relativa à composição, qualidade e aproveitamento biológico e aos riscos sanitários atribuíveis aos alimentos. A primeira edição da PNAN trazia como principais fundamentos a garantia da SAN e a intersectorialidade^{5,10,11}.

Ao longo da década seguinte à publicação da PNAN, um conjunto de marcos políticos e legais no campo da SAN foram aprovados, a exemplo da publicação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), em 2006, e a constituição do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Por outro lado, as mudanças no cenário epidemiológico, indicavam a necessidade de reorganização do sistema de saúde brasileiro para atender as novas demandas de saúde da população, marcadas pela emergência das condições crônicas. Desta forma, as inovações nos mecanismos de gestão e organização da atenção à saúde adotadas no SUS, com a estruturação das Redes de Atenção em Saúde (RAS), e as responsabilidades do setor saúde para promoção de SAN junto ao SISAN, nortearam o processo de revisão da PNAN, realizado entre os anos de 2010 e 2011.

Considerou-se que o SUS havia proporcionado importantes avanços na atenção à saúde da

população brasileira, como a redução da mortalidade infantil, a expansão da atenção básica, a ampliação do acesso a ações e serviços que vão da imunização aos transplantes, passando pela vigilância e promoção à saúde¹². No entanto, desafios permaneciam no sentido da superação de lacunas assistenciais e revisão do modelo assistencial com vista à integralidade do cuidado em um cenário epidemiológico complexo, que combina condições agudas e crônicas^{13,14}, demandando a superação de um modelo de atenção à saúde fragmentado, hierarquizado e centrado em condições agudas¹⁵. Assim, surgiu a necessidade de atualizar as diretrizes da PNAN de forma a orientar a organização e qualificação das ações de alimentação e nutrição no SUS e também de legitimá-la como interlocutora entre o SUS e o SISAN.

Se a publicação da PNAN, em 1999, foi um marco para a SAN no Brasil, por trazer temas como o DHAA e a intersectorialidade das ações de alimentação e nutrição, seu texto atualizado reforçou a atenção nutricional como um componente central na produção do cuidado em saúde. O conceito de atenção nutricional está ancorado no tripé vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável e prevenção e controle de agravos nutricionais^{6,16}.

Observa-se que a organização da atenção nutricional no SUS tem se deparado, de alguma forma, com desafios comuns da produção do cuidado em saúde, em especial no âmbito da atenção básica. Assim como outras áreas temáticas, a exemplo da atenção à saúde da criança ou do controle de hipertensão, a atenção nutricional tem evoluído gradativamente dos programas verticalizados para a perspectiva de cuidado integral. Ao longo de sua história no SUS, as ações de alimentação e nutrição foram fortemente marcadas por programas desenhados para dar respostas a um determinado problema de saúde de certo grupo populacional, como aqueles de prevenção e controle de deficiência de micronutrientes e o atrelamento da vigilância alimentar e nutricional aos de controle da desnutrição e de transferência de renda. A natureza vertical, muitas vezes paralela à dinâmica concretada do trabalho das equipes de saúde, é um dos fatores explicativos das baixas coberturas desses programas^{17,18}. Gomes e Pinheiro¹⁹ destacam que um dos sentidos da integralidade é um novo modo de organizar as práticas de cuidado nos serviços de saúde, o que exigiria “uma certa ‘horizontalização’ dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde”.

Um exemplo concreto na busca recente pela integralidade na agenda da Alimentação e Nutrição é a proposição de uma linha de cuidado para a prevenção e o controle do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (*Portaria* nº 424 GM/MS de 19 de março de 2013), um dos produtos assumidos pelo Plano de Ação Estratégica para enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, lançado pelo Ministério da Saúde em 2011^{20,21}. Essa linha de cuidado estabelece e organiza um conjunto de ações e serviços envolvendo diversos atores dos pontos de atenção da RAS. A proposição dessa linha de cuidado induziu processos de comunicação e aproximação dos diferentes pontos de atenção da rede de saúde nos Estados e Municípios. Apesar desses avanços, a publicação da *Portaria* nº 62 GM/MS, de 6 de janeiro de 2017, que altera a *Portaria* nº 424/2013, trouxe um retrocesso ao desvincular a habilitação hospitalar para a assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade da obrigatoriedade de aprovação da linha de cuidado como um todo. Dessa forma, a indução da organização do cuidado integral em obesidade enfraqueceu-se, em especial na oferta de ações e serviços em outros pontos da RAS, para além da atenção cirúrgica hospitalar. O abandono do compromisso de organização da atenção nutricional na RAS para os indivíduos com sobrepeso e obesidade implica em retrocesso na construção de linhas de cuidado orientadas pela integralidade, o que poderia resultar em novas práticas em atenção nutricional.

Com a recente inflexão na organização da atenção nutricional, que em muito deve estar relacionada aos cortes dos gastos públicos em saúde²², o que se observa atualmente é a focalização do debate sobre estratégias de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade às medidas de controle da rotulagem nutricional no âmbito da agenda regulatória da Anvisa. Tal discussão é importante e tem sido bastante impulsionada pelos movimentos sociais de defesa da alimentação adequada e saudável. A prevenção da obesidade como um problema de saúde pública deve passar necessariamente pela regulação sanitária – aqui compreendida a partir de um conceito ampliado de risco sanitário em alimentos que vai muito além da inocuidade química, física ou microbiológica, perpassando por dimensões relacionadas ao controle da qualidade nutricional dos alimentos industrializados, da publicidade e políticas de rotulagem; incluindo, assim, práticas de comunicação e educação em saúde que estimulem a consciência sanitária dos consumidores e do

conjunto de atores sociais do sistema alimentar. Outros países latino-americanos têm feito esforços neste sentido e alcançado resultados promissores, a exemplo da iniciativa de taxação de bebidas açucaradas no México²³ e de rotulagem nutricional frontal com advertência de nutrientes críticos adotada no Chile²⁴.

Ao tratar da agenda de alimentação e nutrição no SUS, é importante reconhecer a existência de uma linha tênue que separa as ações intra e intersetoriais. Por exemplo, quando se toma a questão do financiamento, percebe-se que a mensuração do investimento em políticas públicas de alimentação e nutrição é de difícil apuração²⁵. Os motivos para essa dificuldade são vários e passam pela geração e gestão interfederativas dos recursos financeiros da saúde e pela natureza intersetorial da agenda de nutrição e SAN. Desde a publicação da primeira edição da PNAN, a União tem sido a principal financiadora das ações e programas específicos de alimentação e nutrição no SUS, o que se dá, em especial, por meio da compra de insumos, como suplementos de vitaminas e minerais, ou por repasse financeiro fundo a fundo para os estados e uma pequena parcela de municípios. Esse repasse entre entes federados estabelece incentivo de custeio para a estruturação e a implementação de ações de alimentação e nutrição, com base na PNAN, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que apresentam muitas dificuldades na utilização dos mesmos. De todo modo, esse incentivo de custeio, apesar de muito limitado em seu valor financeiro, representa um grande avanço em relação aos tradicionais programas verticalizados de execução centralizada pré-SUS sendo reconhecido pelos técnicos de Alimentação e Nutrição nas secretarias dos estados e municípios como importante para o fortalecimento da área no âmbito do SUS, conferindo maior visibilidade e contribuindo para a execução de parte das ações previstas nas diretrizes da PNAN²⁶. Destaca-se que a alocação de recursos na forma de “caixinha” dentro do financiamento da União, tem sido veementemente criticada por estados e municípios. É necessário ter em mente que as ações de alimentação e nutrição no SUS atravessam e compõem a assistência em saúde nos diferentes pontos da RAS, assim como fazem parte das ações de vigilância epidemiológica e sanitária e de educação permanente, podendo ser por elas financiadas se uma vez incorporadas como elemento constituinte do planejamento integrado em saúde. Desta forma, é imperativo pensar que a questão de alimentação e nutrição tem que ser contabilizada, em primei-

ro lugar, como um condicionante e determinante da saúde, não como uma agenda programática específica, e que não depende exclusivamente da saúde.

A transição nutricional moveu a agenda de alimentação e nutrição no SUS?

Ao longo do percurso de 30 anos de construção do SUS, a sociedade brasileira experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de consumo alimentar, nutrição e saúde^{16,27}.

No sentido positivo, destacam-se os esforços das políticas econômicas e sociais em relação ao combate à pobreza e de aumento da renda do brasileiro, que conjuntamente à melhoria do acesso a serviços tanto de saúde como de educação, influenciaram a maneira como os brasileiros vivem, adoecem e morrem, impactando assim positivamente a saúde no Brasil^{13,28}.

A transição nutricional está relacionada com uma complexa rede de mudanças nos padrões demográfico, socioeconômico, ambiental, agrícola e de saúde, envolvendo fatores tais como urbanização, crescimento econômico, distribuição de renda, incorporação de tecnologias e mudanças culturais²⁹. Os sistemas alimentares, incluindo os processos de produção, transformação, distribuição, marketing e consumo de alimentos, estão fortemente relacionados à transição nutricional e precisam ser reposicionados para não apenas ofertar alimentos, mas sim promover dietas mais saudáveis e sustentáveis para todos³⁰.

A superação da desnutrição infantil como fenômeno de saúde pública é emblemático na história do SUS e das políticas sociais brasileiras pós-constituição de 1988. Os programas públicos de controle da desnutrição no Brasil avançaram de modelos paliativo-assistencialistas para o enfrentamento de seus determinantes sociais, bem como para a qualificação da atenção em saúde da criança, medidas a partir das quais surgiram os resultados positivos. Os principais fatores apontados como responsáveis são: aumento da escolaridade materna; aumento do poder aquisitivo das famílias; melhora no acesso a serviços públicos essenciais e melhora nas condições de saneamento. No período observado de 1996-2006, a queda foi mais fortemente atribuída ao aumento do poder aquisitivo das famílias, sobretudo a partir de 2003 com o aumento da cobertura dos programas de transferência de renda, em associação à forte expansão do acesso aos serviços públicos de educação básica e de atenção primária em saúde. A

análise da evolução do estado nutricional infantil nas últimas décadas evidencia uma clara tendência de redução das enormes desigualdades sociais na distribuição da desnutrição na infância³¹.

O modelo de transferência condicionada de renda representou uma mudança de paradigma na intervenção governamental no campo de alimentação e nutrição. A primeira iniciativa foi com o Programa Bolsa Alimentação (PBA), em 2001, substituído pelo Programa Bolsa Família (PBF), em 2003³². Os impactos do PBF nas condições de vida e saúde das famílias beneficiárias envolvem: melhor acesso à atenção básica em saúde e a utilização dos serviços relacionados³³ e redução do baixo peso ao nascer³⁴, da desnutrição^{35,36} e da mortalidade infantil²⁸.

Já no sentido crítico da transição nutricional brasileira, as conquistas significativas em relação ao declínio da desnutrição foram acompanhadas pelo crescimento de outros problemas nutricionais, como o aumento progressivo e expressivo do sobrepeso e da obesidade³⁷ e de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) relacionadas à alimentação e ao excesso de peso¹⁴.

Os hábitos e as práticas alimentares têm se tornado importante determinantes das DCNT no país, incitando a valorização da educação alimentar e nutricional como uma estratégia a ser valorizada nas políticas públicas de saúde e segurança alimentar e nutricional^{20,38}. Guias alimentares têm sido publicados pelo Ministério da Saúde com o objetivo de apresentar diretrizes oficiais para a promoção da alimentação adequada e saudável³⁹⁻⁴¹.

Desta forma, o processo de transição nutricional no Brasil trouxe consigo o desafio de atualização da agenda de alimentação e nutrição no SUS. Percebe-se que a transição nutricional aproximou a agenda da alimentação e nutrição aos serviços de saúde, facilitando o seu reconhecimento como parte de uma atenção integral à saúde. Por outro lado, a compreensão dos determinantes sociais em saúde, que influenciam sobremaneira as oportunidades e os modos como os brasileiros se alimentam e os riscos relacionados ao estado nutricional de indivíduos e coletividades, aponta para a necessidade de respostas para além do setor saúde.

O que há para além do SUS?

Em um passeio pela história brasileira das políticas sociais que buscaram nexos entre produção, abastecimento, consumo de alimentos e nutrição, percebe-se que até o final do século pas-

sado o setor saúde foi o principal protagonista na proposição de respostas aos problemas da insegurança alimentar e nutricional da população^{7,8}. Talvez a explicação para esse fato seja porque é nos serviços de saúde que recaem os problemas decorrentes da fome, expressa pela desnutrição, e de um sistema alimentar não promotor da saúde que gera doenças relacionadas às práticas alimentares inadequadas, tal como a obesidade.

No entanto, a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) exige uma conjunção de políticas públicas sociais integradas e complementares. Em uma linha do tempo pós-SUS, a primeira tentativa de elevar o debate da SAN para uma arena política intersetorial ocorreu com a instituição do I Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), em 1993. Mas pelo caráter transitório do governo do presidente Itamar Franco e ainda frágil inserção do tema da SAN na agenda política brasileira, o CONSEA foi extinto em 1994, um ano após sua proposição^{7,8}.

Esse esforço de articulação intersetorial foi retomado a partir de 2003, com a recriação do CONSEA, a priorização de governo na agenda da SAN, a institucionalização da Política Nacional de SAN e a implementação, de forma articulada, de políticas de proteção social e fomento a produção agrícola de base familiar. Tais fatores são reconhecidos como responsáveis pelos avanços no combate à fome e à pobreza no Brasil⁴². Observou-se, assim, o rompimento de ações pontuais e fragmentadas em direção a um novo paradigma na construção de políticas públicas em SAN⁴³. Neste espectro, estão os avanços no Programa Nacional de Alimentação Escolar e sua interface com os programas de compras públicas de alimentos, dentre outros exemplos⁴⁴.

Neste mesmo sentido, vale apontar as diretrizes da V Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, que estabeleceu como lema *Comida de verdade no campo e na cidade: por direitos e soberania alimentar*, destacando as dimensões socioculturais da alimentação e a valorização de um sistema alimentar justo e sustentável, tanto do ponto de vista social como ambiental, onde sejam valorizados e protegidos a agrobiodiversidade e os padrões alimentares tradicionais, com o respeito e o resgate das identidades, memórias e culturas alimentares próprias da população brasileira, em sintonia com as diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado em 2014, que é um instrumento de educação em saúde proposto no âmbito do SUS⁴⁰.

Alimentação e Nutrição no SUS: uma agenda a devir?

A área de alimentação e nutrição teve uma notável trajetória no sentido do maior diálogo e apropriação pelo SUS. No entanto, os avanços brasileiros na redução da fome e desnutrição e, por outro lado, a transição nutricional marcada pelas mudanças nos padrões de consumo alimentar, colocam novos e complexos desafios ao sistema. A agenda presente e futura da alimentação saudável deve incorporar a dimensão da sustentabilidade, dialogando com o que estabelece a agenda 2030. Destaca-se que a alimentação está relacionada a praticamente todos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que dependem de transformações no sistema alimentar para serem atingidos⁴⁵. As pautas prioritárias incluem: ampliação do acesso e da qualidade da atenção em saúde na perspectiva da integralidade do cuidado e que considerem a apreensão ampliada das reais necessidades de saúde e nutrição das pessoas; promoção de transformações no sistema alimentar para práticas alimentares saudáveis e sustentáveis; promoção de ações de educação e também de regulação e controle de alimentos (tais como a regulação da publicidade e da rotulagem de alimentos e o controle de níveis críticos de nutrientes como o sódio em alimentos industrializados); consolidação de modelos de governança intersetoriais e participativos voltados à transformação do sistema alimentar e à promoção da saúde e da SAN; avanço na integração de políticas sociais, chegando a públicos específicos com necessidades diferenciadas; e, por fim, a busca por políticas de garantia de direitos e acesso à alimentação saudável e sustentável em territórios vulneráveis, como os desertos alimentares.

Contudo, este processo desafiador vem sendo interrompido. O Brasil se depara com uma encruzilhada na construção da rede de proteção social que, até então, sustentou as conquistas obtidas na agenda de alimentação e nutrição. Medidas como a Emenda Constitucional 95 que estabelece um teto de gastos com impactos diretos no SUS, somados a cortes em gastos sociais em educação, desenvolvimento social e agrário e reformas que impactam a renda da população, como a reforma trabalhista e previdenciária, colocam em risco os recentes avanços em Saúde, Nutrição e SAN²². É provável que passemos a nos deparar no próximo período com o acirramento da dupla carga da má-nutrição: a fome e a desnutrição, agravada pelo sobrepeso e obesidade que decorrente de um sistema alimentar baseado no ciclo de produção do

agronegócio e dos alimentos ultraprocessados. Seria o retorno de problemas históricos do século passado, agravados pelos novos problemas do século XXI. Consolidado tal cenário pessimista, como garantir que o SUS continue construindo sua capacidade de acolher as complexas necessidades nutricionais da população brasileira?

Colaboradores

PC Jaime, DCC Delmuè, T Campello participaram na concepção do artigo. PC Jaime foi responsável pela redação. DCC Delmuè, T Campello, DO Silva e LMP Santos fizeram contribuições ao texto e revisão crítica do artigo. Todas as autoras participaram da aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
2. Vasconcelos FAG, Batista Filho M. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):81-90.
3. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). Ministério da Saúde (MS). *Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição: relatório final*. Brasília: INAN, MS; 1986.
4. Alves KPA, Jaime PC. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4331-4340.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: MS; 2000.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: MS; 2012.
7. Pinheiro ARO. Reflexões sobre o processo histórico / político de construção da lei orgânica de segurança alimentar e nutricional. *Segurança Alimentar e Nutricional*. 2008; 15(2):1-15.
8. Vasconcelos FAG. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Rev Nutr* 2005; 18(4):439-457.
9. Arruda BKG, Arruda IKG. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2007; 7(3):319-326.
10. Recine E, Vasconcellos AB. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):73-79.
11. Pinheiro ARO. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. *RSD* 2005; 29 (70):125-139.
12. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
13. Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros FC; Lancet Brazil Series Working Group. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* 2011; 377(9779):2042-2053.
14. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377(9781):1949-1961.
15. Magalhães Júnior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg saude debate* 2014; 52:15-37.
16. Jaime PC, Santos LMP. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na atenção básica em saúde. *Divulg saude debate* 2014; 51:72-85.
17. Almeida ER, Carvalho AT, Nilson EAF, Coutinho JG, Ubarana JA. Avaliação participativa do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A em um município da Região Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2010; 26(5):949-960.
18. Nascimento FA do, Silva AS da, Jaime PC. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. *Cad Saude Publica* 2017; 33(12):e00161516
19. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: Acolhimento e vínculo: práticas de Acolhimento e vínculo: integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(17):287-301.
20. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saude* 2011; 20(4):425-438.
21. Jaime PC, Silva ACF, Gentil PC, Claro RM, Monteiro CA. Brazilian obesity prevention and control initiatives. *Obes Rev* 2013; 14(Supl. 2):88-95.

22. Paiva AB, Mesquita ACS, Jaccoud L, Passos L. *O novo regime fiscal e suas implicações para a política de assistência social no Brasil*. Brasília: IPEA; 2016. Nota técnica nº 27.
23. Colchero MA, Molina M, Guerrero-López CM. After Mexico Implemented a Tax, Purchases of Sugar-Sweetened Beverages Decreased and Water Increased: Difference by Place of Residence, Household Composition, and Income Level. *J Nutr* 2017; 147(8):1552-1557.
24. Pérez-Escamilla R, Lutter CK, Rabadan-Diehl C, Rubinstein A, Calvillo A, Corvalán C, Batis C, Jacoby E, Vorkoper S, Kline L, Ewart-Pierce E, Rivera JA. Prevention of childhood obesity and food policies in Latin America: from research to practice. *Obes Rev* 2017; 18(Supl. 2):28-38.
25. Carvalho G. O financiamento federal de ações e serviços de alimentação e nutrição em saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS), Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH). *Textos de opinião: temas estratégicos para a política nacional de alimentação e nutrição (PNAN)*. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2011. p. 31-64.
26. Reis CS. *Avaliação da utilização do repasse fundo a fundo para estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição* [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.
27. Batista Filho M, Assis AM, Kac G. Transição nutricional: conceito e características. In: Kac G, Sichieri R, Gigante D, organizadores. *Epidemiologia Nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Editora Atheneu, 2007. p. 445-460.
28. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet* 2013; 382(9886):57-64.
29. Popkin BM. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. *Public Health Nutr* 2002; 5(1A):93-103.
30. Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition. *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*. London: WHO; 2016.
31. Monteiro CA, Benicio MH, Conde WL, Konno S, Lovadino AL, Barros AJD, Victora CG. Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience, 1974-2007. *Bull World Health Organ* 2010; 88(4):305-311.
32. Campello T, Neri MC, organizadores. *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília: Ipea; 2013.
33. Facchini LA, organizador. *Perfil epidemiológico dos beneficiários do bolsa família e desempenho dos serviços básicos de saúde* [relatório final]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2013.
34. Santos LMP, Guanais F, Porto DL, Morais Neto OL, Stevens A, Escalante JJC, Oliveira LB, Modesto L. Peso ao nascer entre crianças de famílias de baixa renda beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família da Região Nordeste (Brasil): pareamento entre CadÚnico e Sinasc. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília: MS; 2007. p. 271-293.
35. Paes-Sousa R, Santos LMP, Miazaki ES. Effects of a conditional cash transfer programme on child nutrition in Brazil. *Bull World Health Organ* 2011; 89(7):496-503.
36. Jaime PC, Vaz ACN, Nilson EAF, Fonseca JCG, Guadagnin SG, Silva AS, Sousa MF, Santos LMP. Desnutrição em crianças de até cinco anos beneficiárias do Programa Bolsa Família: análise transversal e painel longitudinal de 2008 a 2012. In: Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Cadernos de Estudos desenvolvimento social em debate*, n.17. Brasília: MDS; 2014. p. 49-63.
37. Malta DC, Andrade SC, Claro RM, Bernal RTI, Monteiro CA. Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2012. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(Supl. 1):267-276.
38. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas*. Brasília: MDS; 2012.
39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica*. Brasília: MS; 2013.
40. Monteiro CA, Cannon G, Moubarac J, Martins APB, Martins CA, Garzillo J, Canella DS, Baraldi LG, Barciotte M, Louzada ML, Levy RB, Claro RM, Jaime PC. Dietary guidelines to nourish humanity and the planet in the twenty-first century. A blueprint from Brazil. *Public Health Nutr* 2015; 18(13):2311-2322.
41. Oliveira MS, Silva-Amparo L. Food-based dietary guidelines: a comparative analysis between the Dietary Guidelines for the Brazilian Population 2006 and 2014. *Public Health Nutr* 2018; 21(1):210-217.
42. FAO, IFAD and WFP. *The State of Food Insecurity in the World 2014. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition*. Rome: FAO; 2014.
43. Food and Agriculture Organization (FAO). *O Estado da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: um retrato multidimensional. Relatório 2014*. Brasília: FAO; 2014.
44. Hawkes C, Brazil BG, Castro IRR, Jaime PC. How to engage across sectors: lessons from agriculture and nutrition in the Brazilian School Feeding Program. *Rev Saude Publica* 2016; 50:47.
45. International Food Policy Research Institute (IFPRI). *Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*. Washington: IFPRI; 2016.

Artigo apresentado em 05/01/2018

Aprovado em 30/01/2018

Versão final apresentada em 01/03/2018