

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

Dafne Pavão Schattschneider

**ACESSO AOS ALIMENTOS NO TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE, RS: UM ENFOQUE
MULTIDIMENSIONAL**

Porto Alegre

2017

Dafne Pavão Schattschneider

**ACESSO AOS ALIMENTOS NO TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE, RS: UM ENFOQUE
MULTIDIMENSIONAL**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nut. Eliziane Nicolodi
Francescato Ruiz

Porto Alegre

2017

**ACESSO AOS ALIMENTOS NO TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE
PORTO ALEGRE, RS: UM ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao curso de Nutrição da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2017.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a dissertação intitulada Acesso aos Alimentos no Território de uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, RS: Um Enfoque Multidimensional, elaborada por Dafne Pavão Schattschneider, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora:

Profª Drª Luciana Dias de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Ms Nut Marianela Zúñiga Escobar - Universidad de Costa Rica

Profª. Drª. Nut. Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz – Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Orientadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha mãe, Angelina Schattschneider, como pilar essencial para todas minhas conquistas, assim como, por todo apoio, amor e compreensão.

A minha orientadora, Eliziane Ruiz, por abraçar a minha ideia desde o início, bem como por toda paciência comigo ao longo de todo o processo. Mas também, por todo apoio para construção desse trabalho, desde o projeto, o campo, até a escrita, que, com toda sua experiência, ajudou muito nessa construção.

A toda a Equipe de Saúde da Unidade de Saúde estudada, pelo interesse no meu projeto, bem como por toda disponibilidade para que eu pudesse realizar esse trabalho.

A todas as entrevistadas, que abriram suas casas para mim e por todas as falas compartilhadas.

As minhas amigas, Sara Ribeiro e Alessandra Ibañez, por todas leituras dos meus escritos e suas contribuições muito relevantes.

A Marianela Zúñiga, por suas contribuições essenciais acerca de Segurança Alimentar e Nutricional.

A meu namorado e todos os meus amigos que me apoiaram e incentivaram nessa jornada.

A graduação em nutrição, por todo aprendizado e vivência que me proporcionou.

A todos que me auxiliaram, de alguma forma, nessa jornada, minha eterna gratidão.

RESUMO

Parte-se do pressuposto que a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) não se traduz na erradicação da fome, mas também na garantia do acesso, de maneira digna, a uma alimentação adequada em sua concepção ampliada. O objetivo desse estudo foi analisar o acesso aos alimentos na perspectiva da SAN, com um enfoque multidimensional, em um território de uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, RS. A abordagem da pesquisa foi qualitativa; utilizou-se entrevistas semiestruturadas como técnica para a apreensão dos dados empíricos junto a 8 usuárias da unidade de saúde e grupo focal com 15 profissionais da equipe de saúde. O conteúdo discursivo foi analisado pela análise temática a partir do conceito de Acesso utilizado no Campo da Saúde Coletiva que se constitui em quatro dimensões: acesso econômico, técnico, político e simbólico. Acerca do acesso econômico, embora com dificuldades na administração da renda familiar, verificou-se uma prioridade para a aquisição de alimentos. A logística de aquisição é baseada em menores preços, embora o mais caro, como o churrasco no final de semana, entre como exceção na rotina alimentar. Sobre o acesso técnico (físico), existem no território estabelecimentos que comercializam alimentos, como pequenos mercados. Nestes locais, mesmo sendo importantes pelo acesso facilitado, relata-se que há pouca variedade de alimentos e que deixariam a desejar quanto ao preço e pela concepção de qualidade estabelecida pelas entrevistadas. Esses elementos parecem ter primazia, mesmo que para tê-los realizados precisem percorrer grandes deslocamentos. Na dimensão política, destacou-se o Programa Bolsa Família (PBF) como principal programa acessado, sendo fundamental fonte de renda para alimentação. Todavia, não é visto como direito do cidadão, pelas entrevistas, tão pouco como uma política de SAN pela equipe de saúde. Sobre a micropolítica do cotidiano, as entrevistadas demonstram buscas individuais para as aquisições alimentares; quando o apoio acontece é exclusivamente com integrantes da família. A respeito do acesso simbólico se fez presente, nas falas, a valorização do *fazer* o alimento, sendo considerando *mais saudável*, principalmente para crianças e idosos. Os alimentos mais citados ao falar do almoço eram arroz, feijão e carne. Há uma valorização maior para a carne, inclusive buscaram locais específicos para compra em função da qualidade. A mistura do arroz e o feijão, mesmo sendo consumida diariamente, é reconhecida como *comida do pobre* pelas entrevistadas e *monótona* pela equipe de saúde. A salada aparece nas falas sobre as refeições, porém não tem espaço central junto ao arroz e feijão. O que consomem é considerado como a *salada do pobre*, como relata uma entrevistada. Percebe-se que as entrevistadas buscam estratégias para o acesso aos alimentos, sendo esse uma

prioridade no planejamento familiar cotidiano. Porém, não há garantias de um acesso regular e de maneira digna a uma alimentação adequada. Para isso, se faz necessário o diálogo entre setores, com maior integração da Saúde, na proposição de políticas públicas, que juntamente com o PBF, possam potencializar o Direito Humano à Alimentação Adequada e a SAN.

Palavras chave: Segurança alimentar e nutricional. Alimentação saudável. Serviços de saúde.

ABSTRACT

The assumption is that Food and Nutrition Security (FNS) does not translate into the eradication of hunger, but also in guaranteeing a dignified access to adequate food in its broader conception. The objective of this study was to analyze food access from the perspective of FNS, with a multidimensional approach, in a territory of a Health Unit of Porto Alegre, RS. The research approach was qualitative; Semi-structured interviews were used as a technique for the seizure of empirical data with 8 users of the health unit and a focus group with 15 professionals from the health team. The discursive content was analyzed by the thematic analysis based on the concept of Access used in the Field of Collective Health that consists of four dimensions: economic, technical, political and symbolic access. Regarding economic access, although with difficulties in the administration of family income, a priority for the acquisition of food was verified. Purchasing logistics is based on lower prices, although the more expensive, such as the barbecue at the weekend, enter as an exception in the food routine. On technical (physical) access, there are establishments that market food, such as small markets. In these places, even though they are important for facilitated access, it is reported that there is a little variety of food and that they would fail to appreciate the price and quality concept established by the interviewees. These elements seem to have primacy, even if in order to achieve them they must go through great dislocations. In the political dimension, the Bolsa Família Program (BFP) was highlighted as the main program accessed, being a fundamental source of income for food. However, it is not seen as a citizen's right, through interviews, neither a FNS policy by the health team. On the micropolitics of daily life, the interviewees demonstrate individual searches for food acquisitions; When the support happens is exclusively with members of the family. The valuation of food making was present in the speeches, being considered healthier, especially for children and the elderly. The most cited foods about lunch were rice, beans and meat. There exists a greater appreciation for the meat, including looking for specific places to buy depending on the quality. The mixture of rice and beans, is recognized as poor food by the interviewees and monotonous by the health team. The salad appears in the questions about the meals, however it does not have central space next to the rice and beans. What they consume is considered the salad of the poor, as one interviewee reports. It is noticed that the interviewees seek strategies for access to food, which is a priority in daily family planning. However, there is no guarantee of regular and dignified access to adequate food. In order to do so, it is necessary the dialogue between

sectors, with greater integration of Health, in the proposal of public policies, which together with the BFP, can enhance the Human Right to Adequate Food and FNS.

Key words: Food and nutritional security. Healthy eating. Health services.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAISAN – Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional

CNSAN - Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada

FAO - Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação

LOSAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

MAPASAN - Mapeamento de Segurança Alimentar e Nutricional

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBF - Programa Bolsa Família

PET – Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde

PLANSAN - Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar

PNSAN - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar

SMIC - Secretaria Municipal da Indústria e Comércio

UNICEFF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1. SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	11
2.2. ALIMENTAÇÃO ADEQUADA: UMA CONCEPÇÃO AMPLIADA.....	13
2.3. ACESSO AOS ALIMENTOS	14
2.3.1. DIMENSÃO ECONOMICA	16
2.3.2. DIMENSÃO TÉCNICA	16
2.3.3. DIMENSÃO POLÍTICA.....	18
2.3.4. DIMENSÃO SIMBÓLICA.....	18
3. JUSTIFICATIVA.....	20
4. OBJETIVOS	21
4.1. OBJETIVO GERAL	21
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
6. ARTIGO ORIGINAL	25

1. INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho abrange o tema acesso aos alimentos no território de uma Unidade de Saúde da periferia de Porto Alegre, RS. O estímulo para a pesquisa se deu através do meu primeiro contato com o território, no ano de 2014, no qual fui monitora do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde). O PET-Saúde se constitui como uma das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com seus princípios e necessidades, o Programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho para a saúde através da integração ensino-serviço-comunidade.

Como é apresentado na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), o acesso aos alimentos integra a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (BRASIL, 2006), além de ser reconhecido como direito humano (LEÃO; RACINE, 2013). No entanto, assim como a SAN, o tema acesso é amplo e multidimensional. Além disso, de acordo com a discussão de Burlandy (2004), não há como operacionalizar opções saudáveis sem condições adequadas de acesso financeiro e físico a alimentos. Do mesmo modo, não há como rever essas práticas alimentares sem compreender de que forma os indivíduos, produzem e reproduzem comportamentos coletivos mais amplos.

Ao longo do trabalho no PET-Saúde foi importante o conhecimento do local e o trabalho com os usuários da Unidade de Saúde (US). A partir do conhecimento da região, foi possível perceber a dificuldade de deslocamento para e no território, o qual está situado no alto de um morro e, por isso, é um local de difícil acesso geográfico. Conhecendo os usuários, foi possível apreender, que eles, não demonstravam conhecimento da alimentação como um direito, bem como, se fazia presente o baixo poder aquisitivo, pela maioria. Isso tudo, despertou o meu interesse em estudar sobre a possibilidades de haver neste território garantias de acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais. Sendo assim, o presente estudo parte do anseio de aprofundar como realmente ocorre o acesso aos alimentos, como contribuição para a garantia da SAN dos moradores que atende a US em estudo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A alimentação e nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2012). Ao longo das últimas décadas os debates e avaliações sobre políticas públicas de alimentação e nutrição atraiu planejadores, pesquisadores e estudiosos de diferentes áreas e disciplinas (MAGALHÃES, 2014).

Após a II Guerra Mundial, sucessivas crises no abastecimento de alimentos e o agravamento do quadro de fome e da miséria no mundo impulsionaram a criação da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). É neste período, marcado pela preocupação com a questão da disponibilidade de alimentos e com o risco de embargos econômicos em zonas de conflito, que emerge o conceito de segurança alimentar, a qual tem por princípio o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (ROCHA, 2013). Igualmente importante foi a criação do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais que estabelece o direito de toda pessoa a um nível de vida adequado para si próprio e para sua família, com objetivo de erradicar, principalmente, a fome e a pobreza, assim como a uma melhoria contínua de suas condições de vida (ONU, 1996)

No entanto, esse tema passou a ter prioridades como medidas governamentais brasileiras, apenas, a partir de 2003, quando passaram a fazer parte do conjunto de políticas e programas que compõe o Fome Zero (BRASIL, 2011; KEPPEL; CORRÊA, 2011). Ao eleger o combate à fome e à pobreza como prioridade, o Governo Federal fortaleceu e criou políticas públicas que se mostraram importantes para melhoria das condições sociais e de alimentação dos grupos mais vulneráveis (BRASIL, 2011). Posto isto, tem-se a centralidade do tema da SAN na agenda política e a sistematização da concepção atual de SAN pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e referendada na LOSAN como 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 ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

Tendo em vista a multidimensionalidade necessária para garantia da concepção atual de SAN, se faz necessário uma articulação que contribuisse para a construção da ideia de sistemas de SAN, com o objetivo de organizar os processos de formulação, implementação e monitoramento das ações e políticas públicas de SAN (ROCHA, 2013). A partir disso, também por meio da LOSAN, foi instituído o Sistema Nacional de Segurança Alimentar (SISAN), o qual surgiu de demanda da sociedade civil.

O SISAN tem o objetivo garantir o DHAA através da formulação e da implementação de políticas e planos de SAN, estimular a integração dos esforços entre governo e sociedade civil, bem como promover o acompanhamento, monitoramento e a avaliação da SAN no país. Para isso, existe o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN), instrumento de planejamento, gestão e execução da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), que tem como objetivo promover a SAN e assegurar o DHAA no território nacional. (BRASIL, 2011; BRASIL, 2006).

Dois importantes princípios do SISAN e da PNSAN são: a participação social e a intersetorialidade. O SISAN abriga institucionalidades que visam garantir esses princípios. Assim, a Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CNSAN) e o CONSEA são institucionalidades para garantia da participação social na PLANSAN e a Câmara Interministerial de SAN e suas congêneres visam garantir o princípio da intersetorialidade (BRASIL, 2006).

O CONSEA tem um papel fundamental para a garantia da SAN, visto que suas principais atribuições são propor diretrizes e prioridades da PNSAN e do PLANSAN, considerando as deliberações das CNSAN; monitorar e acompanhar a implementação e a convergência das ações inerentes à política e ao plano de SAN; e, mobilizar e apoiar entidades da sociedade civil na discussão e implementação de ações públicas de SAN (BRASIL, 2006).

Também se faz importante, para o funcionamento do SISAN, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), composta por 21 ministérios, a qual tem como principal atribuição coordenar a execução da PNSAN e do PLANSAN (BRASIL, 2016). Cabe salientar que o PLANSAN de 2016-2019 propõe o acesso à alimentação adequada e saudável como o primeiro de seus desafios a serem trabalhados: “Desafio 6.1- Promover o acesso universal à alimentação adequada e saudável, com prioridade para as famílias e pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional”. Para isso, o plano aborda também algumas metas prioritárias para esse período,

principalmente relacionadas a políticas públicas de transferência de renda (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016). Sendo assim, é possível perceber a importância, a nível de SISAN, dada ao acesso aos alimentos, de forma adequada e saudável, para trabalhar a SAN.

O princípio da intersetorialidade é fundamental para que haja um planejamento integrado de governo. A partir disso, cabe ressaltar a importância de integrar uma política de SAN ao setor saúde, visto que, juntos, podem levar a uma maior articulação com os aspectos de produção, comercialização e disponibilidade de alimentos. Concomitantemente, o setor saúde, impacta as ações, voltadas à SAN, dos demais setores, ao ressaltar a importância do componente nutricional (BURLANDY, 2004).

É importante salientar que a SAN se trata de uma experiência vivenciada pelos indivíduos, pelas famílias e até mesmo por comunidades. Isso ocorre porque é fortemente determinada pelas condições sociais, econômicas, ambientais, políticas, culturais, nutricionais e tecnológicas, as quais as pessoas, as comunidades e mesmo os países estão submetidos. Assim, os mais pobres experimentam restrição de acesso aos alimentos em graus diferentes, podendo chegar a conviver com a fome, em termos episódicos ou permanentes (KEPPLE; CORRÊA, 2011).

A SAN, portanto, expressa um direito de toda a população brasileira, com natureza estratégica, a qual deve ser buscada de forma permanente, com base no exercício de políticas soberanas. De acordo com essa concepção, é possível afirmar que há uma questão alimentar nos processos de desenvolvimento dos países e que a maneira como eles a enfrentam pode contribuir para promoção crescente de equidade social e melhoria sustentável da qualidade de vida de sua população (ROCHA, 2013).

2.2. ALIMENTAÇÃO ADEQUADA: UMA CONCEPÇÃO AMPLIADA

Para aprofundar a discussão acerca de SAN é importante compreender sobre uma alimentação adequada. Posto isso, as concepções ampliadas tanto de SAN quanto de alimentação adequada passam a ter interfaces e se traduzem muito bem na definição apresentada pelo CONSEA, em sua discussão, na III Conferência de SAN, acerca da promoção do acesso universal à alimentação adequada e saudável, qual seja:

"a realização de um direito humano básico, com a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar

adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo de vida e as necessidades alimentares especiais, pautada no referencial tradicional local. Deve atender aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação, prazer (sabor), às dimensões de gênero e etnia, e às formas de produção ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos, biológicos e de organismos geneticamente modificados" (CONSELHO..., 2007, p. 31)

Na mesma perspectiva está a abordagem do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014), o qual discute a concepção de alimentação saudável e adequada através do nível de processamento do alimento, ou seja, quanto menor o nível de processamento/industrialização do alimento mais saudável ele será. Somando-se a isso, o Guia valoriza a cultura de cada região, estimulando a prática culinária, bem como o consumo de alimentos *in natura*, minimamente processados e, sempre que possível, orgânicos. Nesse sentido, entende-se por uma alimentação adequada, aquela que contemple o indivíduo como um todo, assim como o meio no qual vive, respeitando suas particularidades.

Sendo assim, o objetivo da SAN engloba não apenas comer regularmente, mas também comer bem, com alimentos de qualidade e adequados aos hábitos culturais, que estejam baseadas em práticas saudáveis e que valorizem a dimensão do prazer, ou seja, que contemplem a concepção de uma alimentação adequada. Essas mesmas preocupações e direitos se aplicam, igualmente, aos casos dos indivíduos ou grupos com maior vulnerabilidade à fome (ROCHA, 2013).

Haja vista a complexidade da SAN, vale acrescentar que o avanço da promoção da alimentação saudável no Brasil pressupõe, portanto, o engajamento e a articulação de setores e atores de diferentes áreas. Afim de promover uma alimentação adequada, setores como saúde, movimentos ambientalistas, movimentos sociais do campo, entre outros que protagonizem mudanças estruturais no padrão de consumo e no modelo de desenvolvimento hoje vigentes em nosso país precisariam aprimorar mais ainda uma agenda em comum. (CASTRO, 2015).

2.3. ACESSO AOS ALIMENTOS

A principal causa de insegurança alimentar é a falta de capacidade de acesso aos alimentos pelos grupos sociais mais vulneráveis (BRASIL, 2011). No entanto, o acesso aos alimentos é reconhecido como direito humano, juntamente a outros requisitos básicos para

uma vida digna, como a moradia, saúde, educação, trabalho, respeito, igualdade, segurança e liberdade (LEÃO; RACINE, 2013). A partir disso, entende-se o acesso aos alimentos como um fator central em busca da SAN e, por consequência, de uma alimentação adequada.

O artigo 4º da LOSAN traz a discussão sobre o acesso aos alimentos, nele menciona todos os aspectos que a SAN abrange, sendo o primeiro:

A ampliação das condições de acesso aos alimentos por meio da produção, em especial da agricultura tradicional e familiar, do processamento, da industrialização, da comercialização, incluindo-se os acordos internacionais, do abastecimento e da distribuição dos alimentos, incluindo a água, bem como da geração de emprego e da redistribuição de renda (BRASIL, 2006).

O debate sobre o acesso aos alimentos se fez importante nos últimos anos e, por consequência, existiram avanços obtidos no Brasil. Em decorrência de um conjunto de ações voltadas para o enfrentamento da fome e da pobreza como o aumento real do salário mínimo, o crescimento do emprego formal, a progressiva expansão do Programa Bolsa Família (PBF), o fortalecimento do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), o apoio à agricultura familiar, entre outros, a população brasileira pode avançar na realização do acesso a alimentação (BRASIL, 2016).

No entanto, a garantia do acesso aos alimentos não se traduz na erradicação da fome e no enfrentamento da pobreza. Ou seja, é importante também possibilitar que, concretamente, as pessoas tenham condições de adquirir alimentação que seja adequada, em sua concepção ampliada.

Partindo-se do pressuposto que há uma multidimensionalidade envolvida na discussão sobre o acesso a uma alimentação adequada e saudável percebe-se que há um desafio importante colocado, não somente em termos práticos do planejamento e implementação de ações, mas também analíticos. Nesse sentido, o debate sobre o conceito de acesso à saúde, proposto pelo Campo da Saúde Coletiva, aponta algumas direções. Jesus e Assis (2010), em uma revisão sistemática, discutem quatro dimensões analíticas da categoria acesso: econômico, técnico, político e simbólico. Assim, com inspiração nesses autores, surge o interesse em utilizar as mesmas dimensões para avançar na discussão acerca do acesso aos alimentos.

2.3.1. DIMENSÃO ECONOMICA

É entendida como a relação existente entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma dada população. Então, o lema é desenvolver uma política de governo que, resguardada na teoria do modelo econômico, possibilite a criação de dispositivos para equilibrar a relação entre oferta e demanda (JESUS; ASSIS, 2010). Trazendo essa dimensão para a discussão sobre o acesso aos alimentos pode-se analisar a relação entre oferta e demanda de alimentos, no entanto, com o foco na capacidade dos indivíduos em adquirir esses alimentos, os quais demandam, em quantidade suficiente, de qualidade nutricional adequada, aceitabilidade cultural e obtidos de maneira socialmente aceitável (KEPPLE; CORRÊA, 2011).

A forma mais discutida na literatura científica, acerca dessa dimensão, é com base na renda e, por consequência, no poder de compra (COTTA, 2013; KEPPLE; CORRÊA, 2011). Embora a região sul do Brasil tenha um dos maiores rendimentos familiar mensal per capita do país (R\$1189,00) juntamente com o sudeste (R\$1237,00) e o centro-oeste (R\$1248,00) (INSTITUTO..., 2013) a cesta básica com o maior custo do conjunto de bens alimentícios básicos no ano de 2017 foi a de Porto Alegre (R\$ 464,19) (DEPARTAMENTO..., 2017). Levando em consideração a determinação constitucional que estabelece que o salário mínimo deva ser suficiente para suprir as despesas de um trabalhador e sua família com alimentação, moradia, saúde, educação, vestuário, higiene, transporte, lazer e previdência, de acordo com Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) (DEPARTAMENTO..., 2017), em abril de 2017, o salário mínimo necessário para a manutenção de uma família de quatro pessoas deveria equivaler a R\$ 3.899,66 ou 4,16 vezes o mínimo em vigor, de R\$ 937,00. Sendo assim, essa dimensão é bastante complexa, visto que envolve: preços, a dinâmica de priorização de utilização de renda da família, além de tudo o mais que afeta o conjunto de recursos disponíveis para a família. (KEPPLE; CORRÊA, 2011).

2.3.2. DIMENSÃO TÉCNICA

Nessa dimensão determina-se que a organização de uma rede hierarquizada de serviços é um dos dispositivos do planejamento para viabilizar o acesso da população aos

serviços de saúde. Assenta-se sobre o “modelo sanitaria planificador”, que tem como princípios fundamentais a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, com vistas a estabelecer universalidade, equidade e integridade (JESUS; ASSIS, 2010). Na discussão sobre o acesso aos alimentos é possível compreender que uma distribuição universal, equânime e integral dos serviços de alimentação, seria aquela que viabilizasse, aos indivíduos, a possibilidade de aquisição adequada, ou a produção para consumo próprio, compra, caça ou troca. Para isso é necessário políticas e condições que garantam produção suficiente, na região, e, quando necessária, a importação de alimentos, além de sistemas de armazenamento, distribuição e comercialização (KEPPLE; CORRÊA, 2011).

Para a garantia de que a população possa, efetivamente, optar por uma alimentação adequada, através de escolhas mais saudáveis, se faz necessário revisões importantes no âmbito da comercialização de alimentos. Isso implica idealizar os estabelecimentos que comercializam refeições como instituições promotoras de saúde, em que se garantam não só a qualidade higiênico-sanitária, mas, também, a qualidade nutricional, disponibilizando preparações saudáveis (como a oferta de alimentos *in natura* e minimamente processados) (BRASIL, 2014; BURLANDY, 2004).

Levando em consideração alguns equipamentos de SAN, como, por exemplo, estabelecimentos que comercializam alimentos *in natura* e minimamente processados, de acordo com o MAPASAN (BRASIL, 2015), existem no estado do Rio Grande do Sul, 10 Bancos de Alimentos, 239 feiras livres, 71 feiras livres de produtos orgânicos, 13 mercados públicos e 10 sacolões ou quitandas. Ou seja, é um número insuficiente, visto que o estado é constituído de 497 municípios (INSTITUTO..., 2017) que teriam o acesso aos alimentos que são ofertados nesses estabelecimentos, ainda mais se levado em conta a qualidade dos alimentos que são ofertados para a população. De acordo com a Secretaria Municipal da Indústria e Comércio (SMIC) de Porto Alegre, atualmente, estão presentes na cidade: 1 mercado público, 39 feiras livres e 8 feiras livres de produtos orgânicos (PORTO ALEGRE, 2017). Sendo assim, também é questionável a parcela da população que consegue acessar esses equipamentos.

2.3.3. DIMENSÃO POLÍTICA

Através do (re)conhecimento dos direitos de saúde se constitui a dimensão política na qual a população compreende a determinação social do processo saúde/doença e da mesma forma, os fatores que determinam a organização social das práticas de saúde. A construção do acesso nesse sentido se dá pela participação do cidadão e pelo controle social, que intervém sobre o sistema de saúde e sobre as práticas de trabalho e de gestão (JESUS; ASSIS, 2010). No ponto de vista do acesso aos alimentos é necessário compreender essa dimensão a nível não somente macro, mas também micro.

Para que a SAN seja atingida é importante o reconhecimento da alimentação adequada como direito humano, realização de políticas agrícolas, ambientais, economias, sociais e assistenciais, bem como de um sistema político-econômico mundial e nacional que reconheça e estabeleça a SAN como direito humano (KEPPLE; CORRÊA, 2011). Para que isso ocorra, também se faz importante a compreensão, de cada indivíduo, do acesso aos alimentos como um DHAA e, por consequência disso, a realização de reivindicações através da participação social. Atualmente, é possível ver a participação popular nos conselhos regionais, estaduais e nacionais de SAN. Posto isso, o acesso à informação sobre direitos legalmente consagrados, sobre mecanismos de exercício desses direitos e os componentes das políticas públicas existentes seriam estratégicos para o exercício da cidadania alimentar e o acesso à alimentação saudável (BURLANDY, 2004).

Também se entende o apoio social, através de redes de apoio, o qual remete ao dispositivo de ajuda mútua, como parte do acesso político aos alimentos. Através das relações da micropolítica do cotidiano, ou seja, nas relações entre vizinhança e familiares relacionadas à alimentação, há um potencial para melhorar o acesso aos alimentos. Seja via direta ou indireta pelo fortalecimento da cidadania (ANDRADE, 2002).

2.3.4. DIMENSÃO SIMBÓLICA

Nessa dimensão se assume a realidade enquanto mediada pela ordem simbólica que é determinada pela intersubjetividade de cada indivíduo no conjunto das suas relações e representações junto à sociedade, ou seja, as percepções, concepções e atuação dos sujeitos, bem como as representações sociais do processo saúde-doença (JESUS; ASSIS, 2010).

Trazendo a discussão dessa dimensão para o debate sobre o acesso aos alimentos é possível relacionar as escolhas alimentares e também aos hábitos culturais determinados pela intersubjetividade de cada indivíduo.

As práticas alimentares ao mesmo tempo expressam e são condicionadas pelo conjunto de valores de uma determinada sociedade, revelam características gerais dos modos de vida adotados e dos limites e possibilidades que eles impõem (BURLANDY, 2004). A partir disso, para serem comidos, ou comestíveis, os alimentos precisam ser elegíveis, preferidos, selecionados e preparados ou processados pela culinária, fatores que são influenciados, cada vez mais, pelos processos de trabalho, pelo deslocamento entre a casa e o trabalho, pelo tempo destinado à alimentação (BURLANDY, 2004; CANESQUI; GARCIA, 2005). Sendo assim, o comer imbrica-se com a sociabilidade, com quem as refeições são compartilhadas, com ideias e significados, com as interpretações de experiências e situações. Posto isso, a cultura, em um sentido mais amplo, molda a seleção alimentar, impondo as normas que prescrevem, proíbem ou permitem o que comer (CANESQUI; GARCIA, 2005).

Sendo assim, é possível perceber a complexidade desta dimensão e que, dificilmente, haveria como operacionalizar as demais dimensões do acesso sem compreender de que forma os indivíduos entendem uma alimentação adequada e o acesso aos alimentos.

3. JUSTIFICATIVA

Diante, então, da importância que o acesso aos alimentos assume na garantia da SAN, bem como da amplitude, não somente teórica, mas também prática do tema é que foi traçada essa pesquisa. Meu interesse volta-se ao território de uma US de Porto Alegre a qual tive contato prévio através do PET-Saúde, no qual foi possível apreender algumas questões não compatíveis com a estruturação das quatro dimensões de acesso, anteriormente mencionadas. Foi possível perceber a dificuldade no acesso físico para se deslocar da região, a qual é distante das redes de supermercados e de feiras, bem como apresenta uma topografia acidentada que implica nos deslocamentos das pessoas (dimensão técnica), o não conhecimento do DHAA, pelos moradores do território (dimensão política) e uma maior vulnerabilidade socioeconômica dos usuários da US (dimensão econômica).

Esses fatores me levaram ao desejo de aprofundar como realmente ocorre o acesso aos alimentos nesse território. Bem como, buscar respostas para desenhar novas estratégias de intervenção, no âmbito da SAN, com o estudo das especificidades e singularidades do território dessa US de Porto Alegre.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Analisar como é o acesso aos alimentos para os moradores do território de uma US de Porto Alegre.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o acesso aos alimentos dos moradores do território de uma US de Porto Alegre, de acordo com a **dimensão técnica**, ou seja, uma distribuição universal, equânime e integral dos serviços de alimentação, que viabilizem, aos indivíduos, a possibilidade de aquisição ou a produção para o consumo próprio, compra, caça ou troca;
- Identificar o acesso aos alimentos dos moradores do território de uma US de Porto Alegre, de acordo com a **dimensão econômica**, ou seja, a capacidade dos indivíduos em adquirir, através de seu poder de compra/produção, alimentos em quantidade suficiente, qualidade nutricional adequada, aceitabilidade cultural e obtidos de maneira socialmente aceitável;
- Identificar o acesso aos alimentos dos moradores do território de uma US de Porto Alegre, de acordo com a **dimensão política**, ou seja, o reconhecimento, dos indivíduos, da alimentação adequada como direito humano, a realização de políticas agrícolas, ambientais, economias, sociais e assistenciais, bem como de um sistema político-econômico mundial e nacional que reconheça e estabeleça a SAN como direito humano.
- Identificar o acesso aos alimentos dos moradores do território de uma US de Porto Alegre, de acordo com a **dimensão simbólica**, ou seja, as percepções e concepções dos sujeitos sobre a alimentação.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, G. R. B. E.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 7 n. 4 p. 925-934, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400023> Acesso em: 11 de julho, 2017.

BRASIL. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnan.php>> Acesso em: 30 de junho, 2017.

_____. Casa Civil. **Lei 11 346, de 15 de setembro de 2006 (LOSAN)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm> Acesso em: 30 de junho, 2017.

_____. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - 2012/2015**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/Plano_Caisan.pdf> Acesso em: 30 de junho, 2017.

_____. **Balanco das Ações do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN 2016-2019)**. Brasília, jan, 2016. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2016/05/PLANSAN-2016.pdf>> Acesso em: 10 de julho, 2017.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **MAPASAN - Mapeamento de Segurança Alimentar e Nutricional - 2014**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/MapaSAN_final.pdf> Acesso em: 10 de julho, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar Para a População Brasileira**. 2ª Edição. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>> Acesso em: 10 de julho, 2017.

BURLANDY, L. **Segurança Alimentar e Nutricional: intersectorialidade e as ações de nutrição**. Saúde Rev., Piracicaba, vol. 6, n. 13, p. 09-15, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - por um desenvolvimento sustentável com soberania e segurança alimentar e nutricional. Relatório final**. Fortaleza. 2007. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/3deg-conferencia->

[nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional/relatorio-final-iii-conferencia-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional](#)> Acesso em: 10 de julho, 2017.

CASTRO, I. R. R. Desafios e perspectivas para a promoção da alimentação adequada e saudável no Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, vol. 31, n. 1, p. 7-9. Jan, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000100007&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 11 de julho, 2017.

COTTA, M. R. M. e MACHADO, J. C. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. **Rev. panam. salud publica**. Washington, vol. 33, n.1, p. 54-60, jan, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892013000100008&script=sci_arttext> Acesso em: 27 de junho, 2017.

DEPARTAMENTO INTERSETORIAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Custo da cesta básica sobe em todas as capitais**. São Paulo, jul, 2017. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/analisecestabasica/2017/201706cestabasica.pdf>> Acesso em: 11 de julho, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Padrão de vida e distribuição de renda**. Tabela 5.7 - Rendimento mensal familiar per capita, médio e mediano, dos arranjos familiares. Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2013/default_tab_xls.shtm> Acesso em: 10 de julho, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Rio Grande do Sul**. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/41S>> Acesso em: 25 de julho, 2017.

KEPPLE, A. W; GUBERT, M. B; CORRÊA, A. M. S. Instrumentos de Avaliação de Segurança Alimentar e Nutricional. In: TADDEI, J. A et al. **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011, p. 73-97.

LEÃO, M. M.; RACINE, E. O Direito Humano à Alimentação Adequada. In: TADDEI, J. A et al. **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011. Cap. 30, p 471-488.

JESUS, W. L. A e ASSIS. M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde colet**. Rio de Janeiro, vol. 15, n. 1, p. 161-170, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012432018>> Acesso em: 06 de junho, 2017.

MAGALHÃES, R. Avaliação de políticas e iniciativas públicas de segurança alimentar e nutricional: dilemas e perspectivas metodológicas. **Ciênc. saúde colet.** Rio de Janeiro, vol. 19, n. 5, p. 1339-1346, maio, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000501339&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 10 de julho, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Cumbre Mundial Sobre La Alimentación.** Nov, 1966. Disponível em: <http://www.fao.org/wfs/index_es.htm> Acesso em: 10 de julho, 2017.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Secretaria Municipal da Produção, Indústria e Comércio.** Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/smic/default.php?p_secao=160> Acesso em: 11 de julho, 2017.

ROCHA, C. **Segurança Alimentar e Nutricional:** perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas. Rio de Janeiro: FioCruz, 2013.

6. ARTIGO ORIGINAL

REVISTA: Ciência e Saúde Coletiva

ACESSO AOS ALIMENTOS NO TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, RS: UM ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL

FOOD ACCESS IN AN HEALTH UNITY OF PORTO ALEGRE, RS: A MULTIDIMENSIONAL FOCUS

Dafne Pavão Schattschneider^{1*}, Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz^{1,2}

1. Curso de Nutrição, Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
2. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

***Endereço para correspondência do autor**

Faculdade de Medicina – Departamento de Nutrição
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS
Rua Ramiro Barcelos 2400 - 4º andar, Santa Cecília
CEP: 90035-003
Porto Alegre - Rio Grande do Sul
Fone: 55 (51) 33345271
E-mail: dafneps7@gmail.com

RESUMO

Parte-se do pressuposto que a Segurança Alimentar e Nutricional não se traduz na erradicação da fome, mas também na garantia do acesso, de maneira digna, a uma alimentação adequada em sua concepção ampliada. O objetivo desse estudo foi analisar o acesso aos alimentos na perspectiva da segurança alimentar e nutricional, com um enfoque multidimensional, em um território de uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, RS. A abordagem da pesquisa foi qualitativa; utilizou-se entrevistas semiestruturadas como técnica para a apreensão dos dados empíricos junto a 8 usuárias da unidade de saúde e grupo focal com 15 profissionais da equipe de saúde. O conteúdo discursivo foi analisado pela análise temática a partir do conceito de Acesso utilizado no Campo da Saúde Coletiva que se constitui em quatro dimensões: acesso econômico, técnico, político e simbólico. Percebe-se que as entrevistadas buscam estratégias, em todas dimensões do acesso, para o acesso aos alimentos, sendo esse uma prioridade no planejamento familiar cotidiano. Porém, não há garantias de um acesso regular e de maneira digna a uma alimentação adequada. Para isso, se faz necessário o diálogo entre setores, com maior integração da Saúde, na proposição de políticas públicas, que juntamente com o Programa Bolsa Família, possam potencializar o Direito Humano à Alimentação Adequada e a Segurança Alimentar e Nutricional.

Palavras chave: Segurança alimentar e nutricional. Alimentação saudável. Serviços de saúde.

ABSTRACT

It is assumed that Food and Nutrition Security does not translate into the eradication of hunger, but also in guaranteeing a dignified access to adequate food in its broader conception. The objective of this study was to analyze access to food from the perspective of Food and Nutritional Security, with a multidimensional approach, in a territory of a Health Unit of Porto Alegre, RS. The research approach was qualitative; Semi-structured interviews were used as a technique for the seizure of empirical with 8 users of the health unit and a focus group with 15 professionals from the health team. The discursive content was analyzed by the thematic analysis based on the concept of Access used in the Field of Collective Health that consists of four dimensions: economic, technical, political and symbolic access. It is noticed that the interviewees seek strategies, in all dimensions of access, for access to food, which is a priority in daily family planning. However, there is no guarantee of regular and dignified access to adequate food. In order to do so, it is necessary to establish a dialogue between sectors, with greater integration of health, in the proposal of public policies, which together with the Bolsa Família Program, can enhance the Human Right To Adequate Food and Food And Nutritional Security.

Key words: Food and nutritional security. Healthy eating. Health services.

INTRODUÇÃO

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde (1). Entretanto, começaram a ser prioridades na agenda governamental brasileira a partir de 2003, ao fazer parte do conjunto de políticas e programas que compõe o Fome Zero (2-3). A partir disso, ganharam um maior espaço para discussão. Igualmente importante foi o processo de institucionalização da Lei nº 11.346/2006, Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, que tem por base o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Esta, em seu artigo 3º, ao conceituar a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), sinaliza, dentre outros fatores, como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade (4).

Partindo do pressuposto que a SAN não se traduz apenas na erradicação da fome, mas também na garantia do acesso universal, de maneira digna, a uma alimentação saudável e de qualidade, ou seja, adequada, percebe-se a necessidade de uma ampliação na concepção de SAN e nas ações para atingi-la. Assim, as concepções ampliadas tanto de SAN quanto de alimentação adequada passam a ter interfaces e se traduzem muito bem na definição apresentada pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em sua discussão, na III Conferência de SAN, qual seja:

"A realização de um direito humano básico, com a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo de vida e as necessidades alimentares especiais, pautada no referencial tradicional local. Deve atender aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação, prazer (sabor), às dimensões de gênero e etnia, e às formas de produção ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos, biológicos e de organismos geneticamente modificados"(5).

Diante, então, da importância que o acesso aos alimentos assume na garantia da SAN, bem como da amplitude, não somente teórica, mas também prática do tema é que foi traçada nossa pesquisa. O objetivo foi analisar como se dá o acesso aos alimentos tendo como concretude o território adstrito a uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, que inserida na periferia dessa capital, apresenta toda uma particularidade: distante das redes de supermercados e de feiras, maior vulnerabilidade socioeconômica, topografia acidentada que implica nos deslocamentos das pessoas.

Para operacionalizar a análise sobre o acesso aos alimentos, propostas do campo da Saúde Coletiva sobre o conceito de acesso à saúde, discutidas por Jesus e Assis (6), se mostram interessantes. Essa discussão aborda quatro dimensões que compoariam o acesso:

econômico, técnico, político e simbólico. Aplicando a proposta de acesso à saúde para os alimentos, é possível manter as mesmas dimensões, com pequenas adaptações. A dimensão econômica caracteriza-se pela capacidade dos indivíduos em adquirir, através de seu poder de compra/produção, alimentos em quantidade suficiente, qualidade nutricional adequada, aceitabilidade cultural e obtidos de maneira socialmente aceitável. A dimensão técnica compreende uma distribuição universal, equânime e integral dos serviços/equipamentos de SAN, que viabilizem, aos indivíduos, o consumo adequado de alimentos saudáveis. A dimensão política diz respeito ao reconhecimento, dos indivíduos, da alimentação adequada como direito humano, bem como a realização de políticas agrícolas, ambientais, econômicas, sociais e assistenciais e de sistemas político-econômicos que reconheçam e estabeleçam a SAN como direito humano. Já, a dimensão simbólica envolve as percepções e concepções dos sujeitos, bem como suas representações sociais sobre a alimentação.

METODOLOGIA

Dada a natureza do objeto, o estudo se orientou pela abordagem qualitativa, tendo em vista dimensão subjetiva implícita na noção de acesso aos alimentos, demandando análises mais compreensivas da realidade. Nesse contexto, procurou-se apreender a busca do sentido dos fenômenos no espaço da intersubjetividade presente na vivência dos informantes.

A população do estudo foi constituída em duas partes: pelas usuárias da Unidade de Saúde (US) estudada e pelos integrantes da Equipe de Saúde (ES).

Para a escolha das usuárias, moradoras do território da US, a investigação se fundamentou nos pressupostos da tradição qualitativa, na qual não se confere relevância à representatividade estatística da amostra (7). Sendo assim, a amostra foi dimensionada com objetivo de atingir uma certa diversidade e, principalmente, a saturação teórica (8). A escolha por usuárias foi decorrente de serem as mulheres as responsáveis ou principais protagonistas das escolhas alimentares das suas famílias. Além disso, na busca por informantes que pudessem ilustrar diferenças de políticas de SAN, como o Programa Bolsa Família (PBF), optamos por selecionar somente mulheres, considerando que são elas as titulares do PBF. As entrevistas foram realizadas nos domicílios das entrevistadas, atendendo ao fato desse local compor um ambiente mais favorável para tal finalidade. Para a realização das entrevistas tivemos o acompanhamento das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS); a partir delas

também foram selecionadas as entrevistadas, seguindo o critério de eleger moradores das diferentes microáreas do território da US de responsabilidade de cada uma das ACS.

Como técnica para a apreensão dos dados empíricos junto às usuárias foram realizadas entrevistas compostas de perguntas norteadoras semiestruturadas que abrangiam as quatro dimensões do acesso aos alimentos. Observamos que a suficiência da amostra, valendo-se do critério de saturação, foi atingida a partir da oitava entrevista. Para a descrição dos resultados, as usuárias são identificadas de “u1” a “u8”. Com a ES foi utilizada a técnica de grupo focal (9). Participaram do grupo focal, 15 profissionais, sendo eles: 1 médico (m1), 1 enfermeira (e1), 2 técnicos de enfermagem (e2 e e3), 1 dentista (d1), 1 técnica em saúde bucal (d2), 1 ACS (a1) e 8 residentes (r1 a r8).

Para apreciação dos dados, foi realizada a Análise de Conteúdo do Tipo Temática proposto por Minayo (10). Operacionalmente, a autora divide em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A partir disso, as entrevistas e o grupo focal foram transcritos e processados e, em seguida, o material empírico foi submetido à leitura transversal, de maneira a permitir a impregnação pelo sentido do “todo” de cada depoimento. Para a organização e identificação das temáticas que compuseram as quatro dimensões do acesso aos alimentos, presentes nas narrativas, utilizou-se o software Nvivo11®.

Seguindo as recomendações da Resolução 466/2012, a pesquisa foi submetida e aprovada pelos Comitês de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de análise foi organizado em quatro eixos centrais, ou seja, dimensões do acesso: econômico, político, técnico e simbólico. A seguir, são descritos, para cada eixo, as temáticas que emergiram a partir da leitura dos dados gerados.

Dimensão Econômica

Na análise dessa dimensão, emerge na fala de algumas entrevistadas a dificuldade na administração da renda familiar que, na quase totalidade, é aplicada com a alimentação: “*Não é fácil a gente trabalha só pra comer, uma roupa uma vez por ano só*” (u1). A partir dessa

fala, foi possível perceber a não realização do direito pleno ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, pois, para garantir a alimentação, outras necessidades essenciais, para algumas das entrevistadas, parecem estar comprometidas. Ou seja, é preciso fazer escolhas entre garantir a alimentação ou outras necessidades (4). Ressalta-se, assim, a importância do dado apreendido.

A partir das dificuldades em relação a renda familiar, observou-se que há processos de organização das compras que vão se adequando ao período em que se tem dinheiro e de recebimento do salário (ou de suas parcelas). Assim, de acordo com as possibilidades de renda, a aquisição de alimentos segue uma periodicidade que pode ser diária, semanal ou mesmo mensal.

Um aspecto relevante que surgiu nos relatos das entrevistadas, foi que a compra e as escolhas alimentares seguem uma lógica que inclui os menores preços. A partir disso, as entrevistadas vão adequando o cardápio aos gostos da família e a sua capacidade de criar e adaptar pratos com ingredientes mais baratos.

“Ah, com certeza eu procuro o menor preço” (u8)

“Eu procuro sempre adequar e não desperdiçar, porque tudo é muito caro. Eu compro bastante guisado porque é o mais fácil de administrar dentro de uma casa, o meu marido detesta, mas daí eu faço almôndega, panqueca, bife... Eu gostaria de poder comprar carne de primeira, essas coisas, mas não dá.” (u5)

A ES também destacou que a busca pelo menor preço é o fator principal para as escolhas alimentares dos moradores do território, principalmente porque *o dinheiro não está comprando como antes* (d2). Algo importante de se destacar é que a cesta básica com o maior custo do conjunto de bens alimentícios no ano de 2017 foi a de Porto Alegre (R\$ 464,19) e, em abril de 2017, o salário mínimo estimado como necessário para a manutenção das necessidades básicas de uma família de quatro pessoas deveria equivaler a R\$ 3.899,66 (11). Sinalizando, então, assim como outros estudos, a dificuldade da administração da renda familiar para famílias com baixo poder aquisitivo (12).

Embora o menor preço seja um dos principais elementos que orientam a aquisição de alimentos foi possível perceber, ao se perguntar, as entrevistas, se conseguem acessar tudo que gostariam de consumir, que o mais caro também entra na rotina da alimentação das famílias. Porém, os alimentos com maior valor entram como uma exceção no cotidiano:

“O que a gente gosta mesmo, por exemplo uma lasanha, minhas gurias adoram, mas é difícil tu fazer que já é caro né, daí eu faço só quando tem um dinheiro extra mesmo.” (u3)

“Churrasco também tá difícil, né, mas a gente quando pode faz, e a careza das carne.” (u7)

As dificuldades de acessar economicamente os alimentos, principalmente os alimentos considerados saudáveis, é percebida pela ES como um importante desafio que está posto para o trabalho no campo da saúde, como ilustra a fala de uma profissional: *“aprender de que forma a gente pode aconselhar os pacientes pra quando eles nos disserem: mas doutora eu não tenho dinheiro”* (d1). Ao encontro desse fato, Borges et al (13), discute que para os brasileiros com menor poder aquisitivo alcançarem uma dieta adequada é necessário um gasto mais elevado com alimentação do que costumam e conseguem investir. A partir disso, pode-se perceber que para se promover práticas alimentares saudáveis no setor saúde se tornam importantes processos de educação permanente das equipes para abordar tal tema e de educação alimentar com os usuários para realizarem melhores escolhas dentro das possibilidades econômicas, como bem destacou a ES na discussão do grupo focal. Mas, também ações que são intersetoriais e dizem respeito a políticas de distribuição de renda e ações mais amplas dirigidas ao ambiente em que elas vivem e ao sistema alimentar como um todo (14).

Claro e Monteiro (15), analisando a renda familiar, preço de alimentos e aquisição de frutas e hortaliças, indicam que o aumento na renda das famílias, sobretudo das mais pobres, e a redução do preço de frutas e hortaliças seriam modos efetivos de se aumentar a participação desses alimentos na dieta das famílias brasileiras, fator importante para que essas famílias alcancem uma dieta adequada. Então, identificamos a importância da dimensão econômica, para a garantia do acesso aos alimentos e de uma alimentação adequada em sua concepção ampliada e, por consequência, da SAN, respeitando o acesso aos alimentos de qualidade, bem como a diversidade cultural (4-5).

Dimensão Técnica

O território adstrito a US estudada está localizado no alto de um morro e, por isso, conforme relataram os participantes da pesquisa, há dificuldades de transporte e de deslocamento. No entanto, há, no território, pequenos mercados, mercados um pouco maiores, açougue, caminhão que vende frutas e hortaliças, pessoas que vendem cestas básica de porta em porta. Alguns são mais utilizados, outros menos. Assim, não se aplica a essa realidade a

ideia de deserto alimentar, termo que tem sido utilizado para descrever a ausência de pontos de venda de alimentos em uma área definida e pode indicar uma barreira para a aquisição de determinados itens alimentares (16). Mas, de outro lado, também não é possível denominá-lo com uma diversidade considerável de estabelecimentos, tendo em vista a ausência de feiras, restaurantes, padarias, bem como transportes públicos suficientes. Sendo assim, de acordo com a discussão de Jaime et al (17), a dimensão técnica, igualmente parece definir, nesta área, um pior acesso a alimentos saudáveis.

Duran et al (18) analisando os estoques de estabelecimentos que vendem alimentos no Brasil, apontam que os produtos mais vendidos em bairros de baixa renda são alimentos industrializados e refrigerantes. Do mesmo modo, os pequenos mercados do território da US estudada também apresentam esta característica. Nesses são comprados, pelas entrevistadas, o que se faz necessário de imediato como pão para o café ou cebola e tomate para preparar a refeição do dia, bem como alimentos industrializados e guloseimas cuja ingestão não é planejada ou necessária para suprir as necessidades básicas da família.

“O que compra mais no bar aqui perto, é pão, leite, suco, refri, é mais sábado e domingo o refri.” (u7)

“Só as vezes aqui no bar se eu preciso, assim, de um tomate, uma cebola, muito rápido, acabou na geladeira.” (u2).

Partindo da afirmação das entrevistadas, embora esses pequenos mercados não contemplam todas suas necessidades alimentares, o acesso físico facilitado é considerado importante. Também emerge na fala da ES que no território existem vários idosos com dificuldade de locomoção, para os quais, membros das suas famílias são os responsáveis por lhes trazer os alimentos. Sendo assim, o acesso a esses estabelecimentos mais próximos se torna uma forma de autonomia para esses moradores, como relata uma entrevistada: *“Pão eu compro aqui, no mercadinho ai em baixo, eu vou de manhã buscar pão. Laranja, essas coisas assim as vezes tem ali, dai eu compro. Agora longe eu não vou.” (u6)*

Do mesmo modo que os mercados pequenos, os demais estabelecimentos do território são, quando comparados com os mercados mais distantes, pouco utilizados pelas entrevistadas. No entanto, algumas delas referem fazer uso, no território, da entrega de cestas básicas vendidas de casa em casa por terceiros, principalmente por considerarem como facilitador o recebimento em casa e a possibilidade de parcelar o valor da compra.

Em relação às compras dos alimentos básicos e principais para a alimentação da família, as entrevistadas relatam realizar, predominantemente, em locais fora do território, como em supermercados. Embora demonstrem preferência por realizar suas compras em locais mais próximos, se faz presente a busca de alimentos fora do território por razões diversas como o valor, a qualidade e a variedade dos produtos comercializados nestes locais:

“Só é mais longe, mas vale mais a pena né tu escolhe o que quer, nesses mercadinho aqui não tem como tu comprar.” (u3)

“Lastima que aqui no morro não tenha nada né, como é pobre nosso morro, não tem nenhum mercadinho [maior], não tem ... Com certeza também é bem mais caro.” (u8)

Além dos valores atribuídos aos supermercados, já descritos, um fator importante que qualifica alguns dos mercados frequentados é a possibilidade da realização das entregas dos alimentos em casa com carro fornecido pelo estabelecimento, sendo cobrado uma pequena taxa adicional para o transporte. Isso gera uma certa fidelização das entrevistadas aos estabelecimentos que, somado ao fato de frequentarem sempre o mesmo estabelecimento, cria-se um vínculo a ele: *“A maioria das coisas que compro é lá, meu sócio, do meu salário, ele é prático né, [...], tem muita coisa boa lá”* (u8).

Os valores e significados atribuídos aos alimentos provenientes do estabelecimento de compra, bem como as relações que os envolvem, são fatores importantes para o interesse do consumidor (19).

Segundo relato da ES o território tem *“um terreno fértil para o plantio”* (r1), o qual é pouco explorado pelos moradores. Ao encontro da observação da ES, verificamos que apenas duas entrevistadas têm horta em casa. Pôde-se apreender que alguns dos motivos pelos quais a maior parte não tem hortas em seu terreno é a geografia da região, espaço dos terrenos, disponibilidade de tempo e pouca valorização da prática. Sendo assim, pensando que a ES poderia atuar na promoção dessa prática pelos usuários, é preciso considerar que além do estímulo, é necessário também avaliar a possibilidade de terrenos próprios para o plantio e a análise dos outros fatores envolvidos.

Além da produção familiar, as feiras de comercialização são opções importantes de acesso aos alimentos *in natura* e minimamente processados, reconhecidos como marcadores de uma alimentação saudável tendo como base as frutas e hortaliças (20). No entanto, a aquisição alimentar em feiras não é usual entre as entrevistadas. Chamou-nos atenção os escassos relatos da compra de alimentos nesses locais, bem como a ausência de falas acerca

da busca pelo consumo de alimentos orgânicos. Um fator a ser considerado é que no território não há presença de feiras e, para acessá-las, é necessário deslocamento para fora do território, que, por sua vez, é mais dificultoso do que para outros estabelecimentos como os supermercados que, mesmo sendo fora do território, de uma só vez se compra todos os alimentos consumidos pelas famílias.

Importante destacar que a presença de estabelecimentos que comercializam alimentos saudáveis no território é relevante para o aumento do consumo desses alimentos (17). Porém, não é o único fator a interferir na aquisição. Percebemos que, independente da distância, é prioridade, para as entrevistadas, a busca por alimentos mais baratos e de maior qualidade, de acordo com a percepção individual, mesmo que para isso precisem realizar maiores deslocamentos.

Dimensão Política

Nesta dimensão destacamos o Programa Bolsa Família (PBF), enquanto principal política de garantia da SAN e do DHAA, como o Programa mais acessado pela população do território. Nos relatos, foi possível perceber o papel fundamental que o PBF tem na renda das famílias e até mesmo, para uma delas, é a principal fonte. Por consequência, é fundamental para o aumento da quantidade na aquisição de alimentos, não necessariamente, sendo acompanhado de um acréscimo da qualidade, como apontando por outros estudos (21).

A administração dessa renda proveniente do PBF, mesmo exercendo um papel expressivo para outros gastos das famílias, tem, cotidianamente, um destino específico que é prioritariamente para a alimentação. No entanto, não há, pelos depoimentos, um entendimento em relação ao que se pode ou para o que se deve utilizar essa renda, conforme ilustra a fala: *“Eu recebo R\$170,00, me ajuda bastante, eu uso para casa, o que precisar da casa, se eu precisar inteirar dinheiro para alguma conta também, vai pra onde tiver que ir, o que ta na vez é pra onde vai [...] daí se eu tiver precisando até pra cortar o cabelo eu já usei, que daí não tenho da onde tirar, mas é o tipo de coisa que eu fico pensando “será que pode, será que não pode?”, porque afinal de contas não sei se é assim se não é.”* (u5)

Embora o PBF seja um direito do cidadão brasileiro, esse entendimento não esteve presente na fala das entrevistadas, tão pouco o reconhecimento de que ele é uma política que anda na direção da garantia do direito à alimentação adequada. Nesse aspecto, apresentaram-

se também dúvidas de quem deve ou não ter acesso ao PBF, o que parece impactar diretamente na sua reivindicação.

“[Entrevistadora] E vocês tem algum tipo de benefício, como bolsa família? [Entrevistada] Não, porque minha mãe diz que nunca quis porque ela não precisa, porque tirar de quem precisa então né. (u7).

“Eu recebo o bolsa família, eu nem sei como que eu consegui isso, eu me cadastrei para fazer a carteira de habilitação social, daí veio o cartão, falaram que eu poderia usar, então eu recebo.” (u5)

Partindo da discussão com a ES, foi marcante o não reconhecimento do PBF como ferramenta para garantia da SAN. Foi levantado a ausência do conhecimento pleno do funcionamento do PBF, sua conexão com a SAN, bem como o potencial de realização, para além das condicionalidades, de interfaces com o SUS e com outros setores, como a escola. A partir disso, foi exposto, pela ES, a importância da inclusão do enfoque de promoção de saúde e de temas de SAN nas práticas da equipe. Houve uma reflexão no grupo focal sobre os principais entraves em se trabalhar com perspectivas mais amplas de saúde. Os profissionais discutiram sobre a centralidade da doença, da técnica e das ações programáticas no trabalho, tanto na oferta quanto na demanda de serviços pelos usuários. Sendo assim, a ES traz que: *“As prioridades são dadas, a gente acaba ficando de mãos atadas na questão da promoção como todo, não só da questão alimentação [...] a gente tá com um lençol curto, a gente puxa um pouco de um lado e descobre do outro.” (m1).*

As potencialidades do PBF estão condicionadas à capacidade da gestão pública e também da sociedade civil de regular o cumprimento de seus propósitos, incluindo a promoção da SAN (21-22). Sendo assim, a busca pela garantia do acesso aos alimentos pela dimensão política está diretamente relacionada a compreensão da complexidade da SAN e do PBF, do papel do Estado e do cidadão, no controle e monitoramento, das Políticas Públicas.

Ainda nesta dimensão do acesso, observamos como os alimentos circulam pelas relações também na micropolítica do cotidiano, ou seja, nas relações entre vizinhança e familiares. Evidências apontam que o apoio social, através de redes de apoio, remete ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada, ressaltando aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar além de alimentos, também informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais (23).

Nas entrevistas, observou-se poucos relatos de ajuda mútua entre vizinhos e

familiares, não havendo indícios da formação de um tecido social mais sólido e integrado no território. Parece que o que mais se faz presente é o individualismo ao se referirem ao *meu alimento* e *minha compra*, sem citarem ações de trocas e apoio entre os moradores, salvo algumas relações familiares: “*Geralmente eu não tenho ninguém que eu possa fazer isso, mas lá de vez em quando, mas é muito raro, se eu preciso de alguma coisa que não tem aqui eu peço pra minha irmã, ela mora lá pra cima e aí meu filho vai lá e pega. E ela pede mais do que eu, ela é menos organizada.*” (u2).

Diante do fato de que caberia a cada um, individualmente, enfrentar as adversidades do cotidiano percebe-se, até mesmo, um certo repúdio na realização de trocas e ajuda com outras pessoas. Não há a percepção dessas relações como de apoio e reciprocidade, e sim como uma desorganização por parte daqueles que, por ventura, pedem auxílio. Sendo assim, é considerado importante, pelas entrevistadas, que cada indivíduo, por conta própria, tenha autonomia para suas compras e atividades sem necessitar de outros: “*Não peço também nada pra ninguém*” (u6).

As relações sociais, mediadas pelo alimento, poderiam ser importantes instrumento na construção de rede de apoio. Essa rede seria capaz de fortalecer não somente o acesso a uma alimentação saudável e a SAN, mas também o pertencimento social e a um território de saúde, e conseqüentemente potencializar o exercício de uma cidadania mais solidária e ativa na busca de direitos para o território. (23).

Dimensão Simbólica

A partir da transcrição das falas das entrevistadas, produzimos uma “nuvem de palavras” (Figura 1), ou seja, um gráfico digital que mostra o grau de frequência das palavras no texto. Quanto mais a palavra é utilizada, mais chamativa é a representação dessa palavra no gráfico. Nesse sentido, os termos que mais se destacaram, quando questionamos as entrevistadas sobre as principais refeições, foram *arroz*, *feijão*, *carne* e *salada* (Figura1). Também foi representativo que, juntamente aos alimentos, tiveram destaque palavras como *costuma*, *geralmente* e *come*, as quais denotam que é frequente o consumo destes alimentos.



Figura 1. Nuvem de palavras elaborada com base no Nvivo®, sobre os alimentos mais consumidos nas principais refeições. Porto Alegre, junho de 2017. Fonte: elaborado pela autora.

Um dos elementos que mais se destacaram nas falas refere-se a simbologia que a presença da carne nas refeições tem para as entrevistadas (Figura1): [Entrevistadora] Não faz nenhuma refeição sem carne? / [Entrevistada] Não, não vou pro fogo.” (u1)

Mesmo com alto custo, a carne é muito valorizada. Em estudo de base populacional, Schneider et al (24) analisaram o consumo de carne entre moradores de Pelotas-RS e observaram que há um consumo importante desse alimento, sendo frequente por todos os entrevistados e diário para alguns. As pessoas de nível econômico mais baixo se destacam, apresentando um consumo, na categoria diária de consumo de carnes vermelhas, de 60% a mais que os demais.

É também na sua aquisição da carne que mais buscam lugares com *melhor qualidade*, como relata uma das entrevistadas: “A carne de lá é boa, eu gosto daquela carne, não de qualquer carne” (u6). A carne parece, inclusive, determinar o local onde se comprará os demais itens da alimentação.

A *salada*, embora tenha destaque (Figura1) e seu consumo seja considerado importante, não há diversidade e não tem um espaço central nas refeições como o arroz, o feijão e a carne. A partir da discussão com a ES, esse fato é possivelmente decorrente do gasto para sua aquisição, o tempo dispendido para o seu preparo e por ela não fazer parte do hábito alimentar dessa população, ou mesmo pela menor capacidade de saciedade proveniente do seu

consumo em comparação aos demais alimentos. Outro aspecto levantado sobre a *salada* foi a desvalorização do seu consumo, que apareceu quando uma entrevistada falou que consome apenas o tomate, a alface e o repolho, sendo esta “*a salada do pobre*” (u1).

O consumo de alimentos industrializados também emergiu na pesquisa, no entanto com mais intensidade no relato da ES. Para os profissionais da US o consumo de alimentos industrializados se dá por diferentes facetas como a facilidade para o consumo, sendo necessário apenas abrir a embalagem; o *status* relacionado a essa prática, principalmente entre crianças no ambiente escolar; bem como pelo acesso técnico facilitado no território de estudo, principalmente pela comercialização disponível nos pequenos mercados.

Em contrapartida ao consumo de alimentos industrializados, também é possível observar, o destaque para os termos *faço/fazer* na Figura1, denotando que a prática do preparar as refeições, com base no arroz e feijão e carne, é presente. Essa preocupação do preparo e da escolha dos alimentos aparece, principalmente, quando envolve o cuidado de crianças e idosos. Então, existe o reconhecimento da preparação da comida, com a tradição e a variedade que a cultura e a renda permitem, para assim cuidar da saúde da família.

Mesmo que o consumo de arroz e feijão seja muito marcante (Figura1), há uma desvalorização desse hábito pelas usuárias e pela ES. Algumas entrevistadas consideram, o arroz e feijão, assim como o alface, o tomate e o repolho, como *comida do podre* e não como uma tradição do brasileiro que deva ser apreciada: “*O arroz e feijão também é direto, a gente é muito chegado no arroz e feijão, é a comida do pobre*” (u7).

Já, no entendimento da ES, o arroz e feijão entra na rotina dos usuários, caracterizando-se como uma prática automática, “*é o que sabem preparar*” (e1), e monótona. Por isso, não assume uma conotação positiva para a ES, ou seja, não é reconhecido como saudável em tempos em que, de acordo com a POF (25) e discutido por Souza et al (26), a alimentação dos brasileiros vem se caracterizando pela introdução de alimentos processados de alta densidade energética e bebidas com adição de açúcar.

Para a ES os alimentos que mereceriam ter uma maior inserção na alimentação dos usuários, e por isso ser melhor trabalhados pela equipe, seriam, juntamente com as hortaliças, os produtos integrais e o iogurte. Ou seja, alimentos que não fazem parte do repertório alimentar e cultural desta população, mais caros, porém, exaltados até mesmo pela ciência, como protótipos do saudável. Com isso, também é possível perceber o quanto há uma tendência em medicalizar o comer cotidiano (27).

A alimentação tradicional baseada no arroz e feijão além de ser importante como preservação da cultura nacional e de fortalecer a prática do preparo das refeições, tem um papel respeitável como protetora para sobrepeso e obesidade, diferentemente dos padrões alimentares ricos em gorduras, doces e alimentos industrializados (28-30). Evidências indicam a importância de políticas de alimentação e nutrição, que envolvam não apenas o estímulo ao consumo de alimentos saudáveis, como frutas, verduras e grãos integrais, mas também a manutenção do consumo de alimentos básicos tradicionais, como o arroz e o feijão (26), sendo os últimos de mais fácil acesso econômico para as famílias com menor poder aquisitivo.

Considerações finais

A proposta desse estudo foi de analisar as dimensões da categoria acesso propostas pelo Campo da Saúde Coletiva que, aplicada a perspectiva da SAN, pudessem auxiliar no enfoque compreensivo do nosso objeto de estudos. Através desse referencial e da abordagem qualitativa se buscou possibilidades para ampliar a discussão de acesso que, para além do aspecto econômico e técnico, ou seja, da capacidade das pessoas de terem renda para a compra de alimentos, bem como do preço, da oferta dos alimentos e deslocamento para adquiri-los, é preciso considerar também outros elementos. Ou seja, é preciso considerar também a dimensão política imbricada nas possibilidades de acesso dos usuários, bem como a compreensão do simbólico, através inclusive dos valores prescritos pelo campo da saúde que constroem um ideal de alimentação e que se concretizam pelas orientações dos serviços de atenção básica inseridos nos territórios.

Nesse estudo, foi possível entender que mesmo não havendo garantias plenas de um acesso regular e de maneira digna a uma alimentação adequada, as entrevistadas buscam estratégias para o acesso aos alimentos, por essa ser uma prioridade no planejamento familiar cotidiano. Porém, concomitantemente, foi possível apreender uma certa conformidade com a realidade vivida por cada uma, incluindo a constante busca pelo acesso aos alimentos como um dever pessoal e individual, sem a perspectiva de tecer redes de apoio para o enfrentamento das dificuldades do cotidiano. Tão pouco pareceu haver um entendimento sobre o papel do Estado em promover e assegurar uma alimentação adequada à população. Esse último fato possivelmente se associa ao não reconhecimento da alimentação como um direito, tanto pelas entrevistadas como pela ES.

É, também, imprescindível acrescentar que para a garantia de um acesso regular e de maneira digna a uma alimentação adequada, se faz necessário o diálogo entre setores, sendo importante uma maior integração do setor Saúde e da Atenção Básica com os demais setores que envolvem o trabalho com a SAN, como, por exemplo, os setores de assistência social e agricultura.

Assim, se faz importante a proposição de políticas públicas, que juntamente com o PBF, possam potencializar o DHAA e a SAN. Porém, suas potencialidades estão condicionadas à capacidade do poder público e da sociedade civil de regular o cumprimento dos seus propósitos, incluindo a promoção da SAN, bem como à implementação de políticas sociais e econômicas de âmbito mais geral que integrem os diferentes setores. Dentre elas, podem ser destacados políticas de redução de preços dos alimentos considerados mais saudáveis e a aplicação de impostos mais rigorosos sobre os alimentos com inferior qualidade nutricional; políticas que incentivem à produção de alimentos locais ou regionais; uma melhor distribuição de renda, de forma a melhorar o poder aquisitivo da população, bem como políticas de educação alimentar. Todos esses fatores, agregados, podem desempenhar um importante papel no acesso regular e permanente a alimentos de qualidade.

Cabe ressaltar que o acesso aos alimentos não é uma questão isolada, ao contrário, é um tema complexo e multidimensional, que está inserido no enfoque da SAN. Sendo assim, focamos em eixos para facilitar a análise, mas entendemos que na concretude, no cotidiano da vida das pessoas, as dimensões estão entrelaçadas e não se separam. A partir disso, se pode concluir que há um desafio teórico-metodológico posto para quem deseja trabalhar com o tema acesso aos alimentos e que, dificilmente, será possível encontrar respostas e desenhar novas estratégias de intervenção sem o estudo das especificidades e singularidades locais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2012.
2. Brasil. Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - 2016/2019 (PLANSAN). Brasília: CAISAN; 2016.
3. Kepple AW, Gubert MB, Corrêa AMS. Instrumentos de Avaliação de Segurança Alimentar e Nutricional. In: Taddei JA, Lang, RMF, Longo-Silva G, Toloni MHA. *Nutrição em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Rubio; 2011. p 73-97.
4. Brasil. Lei nº 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*, 2006; 15 set.
5. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - por um desenvolvimento sustentável com soberania e segurança alimentar e nutricional. Relatório final. Fortaleza: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; 2007.
6. Jesus WLA e Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Cienc Saúde Colet* 2010; 15(1):161-170.
7. Triviños, A. N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação*. 1ª Edição. 21ª Reimpressão. São Paulo: Atlas; 2012.
8. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* 2010; 24(1):17-27.
9. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis* 2009; 19(3):777-796.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
11. Departamento Intersetorial de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). Custo da cesta básica sobe em todas as capitais: DIEESE; 2017.
12. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE). Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas. Rio de Janeiro: IBASE, FINEP; 2008.

13. Borges CA, Claro RM, Martins APB, Villar BS. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil? *Cad Saúde Pública* 2015; 31(1):137-149.
14. CASTRO IRR. Desafios e perspectivas para a promoção da alimentação adequada e saudável no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2015; 44(1):07-09.
15. Claro RFE, Monteiro CA. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(6):1014-20.
16. Beaulac J, Kristjansson E, Cummins SA Systematic Review Of Food Deserts, 1966-2007. *Prev Chronic Dis* 2009; 6(3):A105.
17. Jaime PC, Duran AC, Sarti, FM, Lock K. Investigating environmental determinants of diet, physical activity, and overweight among adults in Sao Paulo, Brazil. *J Urban Health* 2011; 88(3):567-81.
18. Duran AC, Lock K, Latorre MR, Jaime PC. Evaluating the use of in-store measures in retail food stores and restaurants in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2015; 49:80.
19. Silva GP, Silva ME, Costa AS, Marafiga EBM, Haas HA. Exposição Feira Agropecuária De Toropi. In: Silva GP Vendruscolo R, organizadores. Experiências Inovadoras em Extensão Rural na Agricultura Familiar na Região de Abrangência do Instituto Federal Farroupilha. São Vicente do Sul: Instituto Federal Farroupilha; 2012. P. 92-99.
20. Oliveira NRF e Jaime PC. O encontro entre o desenvolvimento rural sustentável e a promoção da saúde no Guia Alimentar para a População Brasileira. *Saúde Soc* 2016; 25(4):1108-1121.
21. Cotta MRME, Machado JC. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(1):54-60.
22. Burlandy L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. *Cien Saude Colet* 2007; 12(6):1441-1451.
23. Andrade GRBE, Vaitsman, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):925-934.
24. Schneider BC, Duro SMS, Assunção MCF. Consumo de Carnes por Adultos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3583-3592.

25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento; 2011.
26. Souza AM, Pereira RA, Yokoo EM, Levy RB, Sichieri R. Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(1 Supl):190S-9S
27. Prado SD, Kraemer FB, Seixas CM, Freitas RF, organizadores. *Alimentação e o Consumo de Tecnologias*. Curitiba, PR; CRV; 2015.
28. Sichieri R. Dietary Patterns and Their Associations with Obesity in the Brazilian City of Rio de Janeiro. *Obesity Research* 2002; 10(1) January 2002.
29. Sichieri R, Castro JFG, Moura AS. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(Sup. 1):S47-S53.
30. Neumann AICP, Martins IS, Marcopito LF, Araujo EA. Padrões alimentares associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares entre residentes de um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 22(5).

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou

dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975,1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação

como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura(demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

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.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.