

A VIDA NO TERRITÓRIO E AS REDES SOCIAIS E INTERSETORIAIS - ESTRATÉGIAS DE GARANTIA DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

Maria Sylvia Carvalho de Barros¹
Valdete Regina Guandalini¹
Valéria Cristina Schneider²
Maria Rita Marques de Oliveira³

Resumo

A garantia do direito humano à alimentação adequada e a conquista da segurança alimentar e nutricional sustentável no Brasil enfrentam, no momento, o desafio da implantação e da estruturação, nos níveis estadual e municipal, do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, criado pela Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional. As diretrizes e os princípios propostos para o Sistema incluem a participação e o controle social, a descentralização e a intersetorialidade. A busca da equidade para um padrão de consumo alimentar saudável e seguro por parte da população não pode prescindir da atuação em nível local das organizações públicas e privadas, bem como da sociedade, as quais deverão ser instrumentalizadas para essa tarefa de construção e para o alcance dos objetivos do Sistema. O objetivo desse trabalho de revisão é verificar o potencial das estratégias de territorialização e da implantação de redes locais para a cristalização das políticas de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável. Iniciativas no sentido da territorialização e de incentivo à formação e atuação de redes setoriais, intersetoriais e sociais devem integrar os esforços na construção de sistemas alimentares sustentáveis para a população brasileira.

Palavras-chave: território, redes sociais, combate à fome, segurança alimentar, direito humano à alimentação adequada.

Introdução

O processo de construção das condições de segurança alimentar e nutricional (SAN) no Brasil enfrenta, atualmente, um de seus mais complexos desafios: a implantação do SISAN – Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. O SISAN foi criado pela LOSAN - Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, sancionada pelo Presidente da República em setembro de 2006, para assegurar, à população brasileira, o direito humano à alimentação adequada - DHAA (BRASIL, 2006). Seu texto final foi resultado de um amplo processo de discussão que envolveu diferentes setores da sociedade brasileira e que foi conduzido pelo CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (VALENTE; BEGHIN, 2006; PINHEIRO, 2008).

¹ Nutricionistas, doutorandas do Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição, área de Ciências Nutricionais, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, UNESP, Araraquara, SP.

² Nutricionista, graduada pelo Centro Universitário Central Paulista – UNICEP, São Carlos, SP.

³ Docente do Instituto de Biociências da UNESP de Botucatu.

O Sistema será integrado, segundo o texto da Lei, “por um conjunto de órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e pelas instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, afetas à segurança alimentar e nutricional” (BRASIL, 2006). Seus objetivos são a formulação e a implementação de políticas e planos de segurança alimentar e nutricional, além do estímulo à integração de esforços entre governo e sociedade civil, bem como do acompanhamento, monitoramento e avaliação da segurança alimentar e nutricional no País (PINHEIRO, 2008; BRASIL, 2006).

Consideradas a amplitude do conceito de segurança alimentar e nutricional e a multiplicidade dos fatores causais envolvidos nas situações geradoras de insegurança alimentar (VALENTE e BEGHIN, 2006), constata-se que a tarefa exige esforço grandioso e empenho contínuo e duradouro até que se possam considerar seus objetivos minimamente alcançados.

Valente e Beghin (2006), revisando a experiência brasileira na realização do DHAA, reconhecem que significativos avanços foram alcançados nas últimas duas décadas e que estes ocorreram, em grande parte, como resultado da mobilização da sociedade civil organizada. De forma concomitante, é inegável que o Estado tem desempenhado um papel decisivo para a consecução desses avanços, com a inserção gradual das questões relacionadas à SAN e ao DHAA no cenário político nacional. O governo federal tem se destacado ao responder às pressões pelas demandas sociais com a execução de um conjunto de iniciativas nessas áreas. Contudo, a promoção dos Direitos Humanos – aí incluído o DHAA - ainda ocorre de forma irregular e incompleta, o que reforça a necessidade de maior aprofundamento das estratégias eficientes de luta por sua conquista (VALENTE e BEGHIN, 2006).

É grande, portanto, o desafio que ora se coloca de construção de um sistema que deve ter papel integrador e articulador de ações descentralizadas e independentes, conforme os princípios e diretrizes estabelecidos pela LOSAN (BRASIL, 2006). Equidade, diversidade, sustentabilidade, soberania alimentar, participação e controle social, descentralização e intersetorialidade são outros princípios e diretrizes que deverão ser respeitados (PINHEIRO, 2008).

Para Maluf (2008), as políticas públicas são centrais na formatação do SISAN. Tais políticas são implementadas, principalmente, por meio dos entes federativos (União, Estados e Municípios). Por esse motivo, é fundamental a existência de sistemas de SAN nas esferas nacional, estadual e municipal. Dentro do Sistema, as interações – necessárias para a realização de um trabalho integrado - poderão ocorrer num mesmo nível de governo e entre diferentes níveis de governo. Essas interações deverão ser implementadas de forma gradativa,

envolvendo aos poucos os vários sistemas de políticas públicas, os vários setores de governo e a sociedade. Instrumentos próprios de cada esfera de governo deverão ser desenvolvidos e a interação entre eles acabará por levar a situações em que as ações desenvolvidas em uma esfera influenciem as condições em outra esfera (MALUF, 2008).

Almeida e Paulillo (2005) afirmam que o espaço local é, por princípio, aquele em que devem ocorrer as políticas públicas de SAN, com vistas a alcançar um padrão alimentar com equidade para a população. Para os autores, organizações locais e políticas participativas terão maiores condições de promover a inclusão social, já que o desenvolvimento da SAN se dá a partir de “novos valores socialmente construídos e compartilhados” (ALMEIDA; PAULILLO, 2005).

O sucesso das políticas de SAN/DHAA vai depender, dessa forma, da eficácia com que arranjos locais e regionais serão estabelecidos. Nesse trabalho de revisão, foi proposto o objetivo de analisar o potencial das estratégias de territorialização e da implantação de redes locais para a cristalização das políticas de SAN/DHAA no contexto do SISAN.

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)

A LOSAN (BRASIL, 2006) define SAN, em seu artigo 3º:

A segurança alimentar e nutricional consiste na 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 seja; ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentável.

Almeida e Paulillo (2005) destacam a abrangência do conceito de SAN e os diferentes segmentos da sociedade envolvidos com a questão. Os autores afirmam que a noção de segurança alimentar e nutricional inclui cinco eixos: (a) o da saúde, que incorpora as dimensões dietética e nutricional; (b) o da higiene, que contempla a garantia de qualidade sanitária; (c) o ecológico, que considera a produção e o consumo sustentáveis; (d) o da autenticidade, que se refere aos valores e tradições culturais; e, finalmente (e) o da solidariedade, que propõe a participação de toda a sociedade, incluídas as parcelas saudáveis e sem risco alimentar e nutricional e os governantes, na conquista da SAN para todos (ALMEIDA; PAULILLO, 2005).

O documento de referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional detalha a questão da ampla abrangência das questões relacionadas à SAN/DHAA (CONSEA, 2004):

Uma política de SAN é um conjunto de ações planejadas para garantir a oferta e o acesso aos alimentos para toda a população, promovendo a nutrição e a saúde. Deve ser sustentável, ou seja, desenvolver-se articulando condições que permitam sua manutenção a longo prazo. Requer o envolvimento tanto do governo quanto da sociedade civil organizada, em seus diferentes setores ou áreas de ação – saúde, educação, trabalho, agricultura, desenvolvimento social, meio ambiente, dentre outros – e em diferentes esferas – produção, comercialização, controle de qualidade, acesso e consumo.

O conceito de DHAA foi definido, em 1999, pelo comitê dos Direitos Econômicos e Sociais da Organização das Nações Unidas (ONU), em seu Comentário Geral n. 12 (CONSEA, 2004):

O direito à alimentação adequada é alcançado quando todos os homens, mulheres e crianças, sozinhos, ou em comunidade com outros, têm acesso físico e econômico, em todos os momentos, à alimentação adequada, ou meios para sua obtenção. O direito à alimentação adequada não deve ser interpretado como um pacote mínimo de calorias, proteínas e outros nutrientes específicos. A ‘adequação’ refere-se também às condições sociais, econômicas, culturais, climáticas, ecológicas, entre outras.

Tratados internacionais de direitos humanos definem duas dimensões para o DHAA: o direito de estar livre da fome e o direito a uma alimentação adequada. Esse conceito engloba aspectos como a disponibilidade de alimentos, a adequação dos alimentos disponíveis, a acessibilidade (física e econômica aos alimentos) e a estabilidade do fornecimento. Como parte dos Direitos Humanos, o DHAA deve ser abordado de acordo com as perspectivas da dignidade humana (indivíduos reconhecidos como titulares de direitos humanos), da prestação de contas ou responsabilização (Estado que se responsabiliza, age de forma transparente e presta contas de suas ações) e do *apoderamento* (por parte dos indivíduos, das informações e instrumentos necessários à reivindicação e exigência de seus direitos) (VALENTE et al., 2007).

Para a realização de um direito humano, há a exigência de obrigações correspondentes de Estado e de responsabilidades da sociedade (indivíduos, famílias, comunidades, organizações). Direitos e obrigações são duas faces de um mesmo conceito havendo, para cada titular de direito, um portador de obrigações. O Alto Comissariado da Organização das Nações Unidas para Direitos Humanos classifica as obrigações do Estado em relação ao DHAA em quatro níveis: (a) obrigação de respeitar – não adotando medidas que resultem na privação da capacidade de indivíduos ou grupos de prover sua própria alimentação; (b)

obrigação de proteger – impedindo que terceiros interfiram na realização ou violem o DHAA de indivíduos ou grupos; (c) obrigação de promover – criando condições que permitam a realização efetiva do DHAA; e (d) obrigação de prover – assistindo diretamente indivíduos ou grupos incapazes de obter alimentos por conta própria, até que sejam capazes de fazê-lo (VALENTE et al., 2007b).

A responsabilidade da sociedade em relação ao DHAA inclui as responsabilidades (a) de cada indivíduo de respeitar os direitos de todos e de exigir do Estado e de terceiros o cumprimento das normas de direitos humanos; (b) das pessoas jurídicas (empresas, associações, organizações da sociedade civil) de não afetar negativamente o usufruto do DHAA pelos indivíduos e de agir de forma compatível com os direitos e a dignidade humana; (c) das corporações transnacionais privadas e de grande poder econômico de não provocar impactos negativos que violem os direitos humanos; e (d) das organizações internacionais que no desempenho de suas funções interferem na definição de políticas econômicas em diferentes países de considerarem a necessidade de promover políticas e projetos que tenham impacto positivo no DHAA (VALENTE et al., 2007b).

No caso do Brasil, a LOSAN destaca que “a alimentação adequada é um direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal” e que a adoção de políticas e ações necessárias para promover e garantir a Segurança Alimentar e Nutricional da população cabe ao Poder Público (BRASIL, 2006).

Perspectivas para as estratégias de combate à fome e à miséria no contexto do SISAN

A iniciativa de Estado mais recente voltada para a SAN refere-se ao Decreto Federal nº 6.273, de 23 de novembro de 2007. O documento cria a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional no âmbito do SISAN (BRASIL, 2007). A Câmara, presidida pelo Secretário-Geral do CONSEA e integrada pelos representantes governamentais titulares e suplentes no CONSEA, tem a finalidade de promover a articulação e a integração dos órgãos e entidades da administração pública federal afetos à área de segurança alimentar e nutricional e tem, entre outras, as competências de elaborar a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e coordenar sua execução, além de definir critérios e procedimentos de participação no SISAN (BRASIL, 2007). Cabe a essa instância governamental o papel primordial de determinar as formas como o SISAN vai ocorrer na prática.

O processo de consolidação do Sistema, ainda em construção, pode levar a mudanças importantes na estrutura política e econômica brasileira. O SISAN deve assumir a relação estado/sociedade civil privilegiando a intersetorialidade, articulando e coordenando programas e ações descentralizados e interdependentes nas três esferas de governo. Está claro que a estrutura político-institucional brasileira exigirá, para isso, mais que a mera organização de um sistema de gestão, em função da complexidade das questões que envolvem a SAN e o DHAA. As transições demográfica, epidemiológica e nutricional por que passam a população brasileira resultaram na chamada “dupla carga de doenças”, que devem ser abordadas de forma concomitante. Áreas com maior desigualdade social necessitam ainda mais de modelos de enfrentamento que lidem tanto com as carências nutricionais quanto com a obesidade e as doenças dela decorrentes. Os demais aspectos do conceito de SAN também devem ser incorporados às ações. Observa-se que tudo isso deve ocorrer em um ambiente bastante desfavorável do ponto de vista do sistema capitalista vigente. Além disso, todo o conjunto da sociedade deve estar envolvido, tanto na condição de agente quanto na de sujeito das ações que buscam a garantia de SAN/DHAA. O objetivo final é a soberania alimentar e a possibilidade de modos de vida saudável, como resultado da adoção de políticas de caráter universal (PINHEIRO, 2008).

O trabalho parte é claro, de certa estrutura governamental já definida. Essa estrutura conta, além do CONSEA Nacional, com os COSEAS Estaduais, alguns com maior, outros com menor grau de organização, mas quase todos, entretanto, já envolvendo representantes da sociedade civil. Alguns dos Estados e o Distrito Federal contam, também, com suas próprias Leis Orgânicas que instituem as Políticas Estaduais e os Sistemas Estaduais de Segurança Alimentar Sustentável. O desafio atual é estender essa estrutura aos municípios.

A pobreza e a desigualdade, mais que pela carência de renda, se explicam pela incapacidade das populações excluídas de alterar sua própria condição. A reversão desse cenário pressupõe um processo de organização e articulação dos indivíduos dentro dos territórios, por meio de organizações sociais. Para o aprimoramento dessas organizações é necessária a formação de capital social, que se desenvolve e cristaliza quando há uma vivência de participação e confiabilidade na interação entre atores diversos sobre questões de interesse das comunidades (RIBAS; RIBAS JR, 2007).

A realidade multifacetada, as diferenças regionais e os diversos aspectos a serem considerados na conquista da SAN e do DHAA impõem, para a promoção da inclusão social, a necessidade de adoção de políticas participativas, da formação e do envolvimento de redes de organizações sociais locais e intersetoriais, com capacidade de aumentar o capital social.

Esse trabalho, mais que para promover acesso à renda e ao alimento, é fundamental para a inclusão social, especialmente como forma de propiciar à população excluída os recursos básicos de cidadania e os instrumentos que permitam a ela participar das decisões que afetam sua própria vida (ALMEIDA; PAULILLO, 2005).

O território e as redes

Espaços podem ser definidos como conjuntos de lugares onde os fatos acontecem simultaneamente e onde suas repercussões são sentidas de maneiras diferentes. A intensidade dos fatos que ocorrem neste espaço é sentida de acordo com uma organização sócio-espacial, cultural, política e econômica de cada população que habita e produz cada um desses lugares (GONDIM et al., 2008).

A origem da palavra território vem do latim *territorium*, construída pela adição à *terra* do sufixo *torium*, que designa “pertencer a um âmbito terrestre localizado”. A palavra é utilizada desde a Grécia clássica, mas atualmente seu uso foi ampliado para outros ramos das Ciências Naturais, como área ou espaço de disseminação de espécies animais ou vegetais, para finalmente ser estendida, pela Geografia, às sociedades humanas (CARVALHO, 2003). Já em uma concepção geográfica, território pode significar uma porção delimitada da superfície terrestre. Por extensão, pode-se também dizer que, para aqueles que têm o privilégio de usufruí-lo, o território inspira a identificação de apropriação efetiva (GONDIM; MONKEN, 2002).

Segundo Vale (2007) podem-se encontrar três vertentes básicas no conceito de território: a) política ou jurídico-política (o território entendido de maneira delimitada e controlada, geralmente, pelo Estado); b) cultural(ista) de caráter simbólico e identitário; c) econômica (destaca-se o movimento de reprodução do capital). A concepção mais comum e mais utilizada de território é a sócio-política, decorrente da vida em sociedade e de relações sociais projetadas em um determinado espaço concreto por determinados agentes (GONDIM; MONKEN, 2002).

Na verdade, a noção de território é consequência da vida em sociedade, já que este é determinado pelas relações sociais e de poder que se formam em um espaço delimitado. Portanto, o território surge das relações políticas, econômicas, culturais e sociais, envolvendo poderes públicos e privados que coexistem num mesmo espaço. Base da implantação das ações de saúde, a territorialização é o reconhecimento do território pelo entendimento das relações que acontecem em uma determinada população e pela compreensão de como e em que medida sua qualidade de vida é afetada por essas relações. Por esse motivo é ferramenta

importante de qualquer processo de planejamento em saúde (GONDIM; MONKEN, 2002; GONDIM et al., 2008).

De acordo com Santos (2000), as relações que determinam os territórios podem ocorrer de acordo com dois tipos de movimentos - as horizontalidades (que se referem às relações inerentes à vida em coletividade, aos espaços em que coexistem diferentes atores com diferentes níveis de poder) e as verticalidades (referentes aos atores que se instalam nos espaços com objetivos específicos, buscando eficácia e agindo dessa forma sobre os demais atores). As horizontalidades correspondem ao “espaço banal” – das relações de vizinhança - e as verticalidades ao “espaço das redes” – das relações de poder do capital e das empresas. O autor afirma que ocorreram profundas mudanças econômicas e políticas em virtude das verticalidades, como a intensa globalização capitalista e a adoção do modelo neoliberal de organização do Estado. Essas mudanças ocasionaram impactos negativos na organização dos territórios, agravando o cenário de desigualdades sociais e a exclusão da população mais carente (SANTOS, 2000).

A formação das redes fundamenta-se em um processo que pode acontecer de diversas formas: por articulação das organizações de base, por formação de vínculos de interesse comum, por afinidades diante de um mesmo interesse e por articulação de órgãos públicos e instituições de caráter privado ou não (RIBAS; RIBAS JR, 2007).

Em um determinado território coexistem diversas formas e tipos de rede. Alguns dos tipos mais comuns de redes são (a) as redes sociais espontâneas, formadas a partir de valores como afetividade, solidariedade e cooperação (núcleo familiar, vizinhança, comunidades religiosas); (b) as redes sócio-comunitárias, formadas para a oferta de ações de assistência (agentes filantrópicos, organizações comunitárias, associações de bairros); (b) as redes sociais movimentalistas, formadas por movimentos que buscam a garantia de direitos sociais (creche, saúde, educação, habitação, terra); (c) as redes setoriais públicas, que prestam serviços que integram programas sociais e políticas públicas (educação, saúde, assistência social, previdência social, habitação, cultura, lazer); (d) as redes de serviços privados, constituídas por prestadores de serviços especializados destinados aos que podem pagar (educação, saúde, habitação, previdência); (e) as redes regionais, que articulam serviços integrantes de diferentes políticas públicas e entre municípios de uma mesma região; e (f) as redes intersetoriais, integradas por um conjunto de organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado e redes setoriais que se organizam para atender necessidades das parcelas mais vulneráveis da sociedade (BOURGUIGNON, 2001).

As redes proporcionam apoio aos indivíduos ou às suas famílias, remetendo à ideia da ajuda mútua. Quanto mais fortes e integradas forem as redes, maior potencial de apoio apresentarão. As redes também reforçam diversos pontos positivos nas relações sociais, como o compartilhamento de informações e o auxílio em momentos de crise. A participação em organizações sociais comunitárias representa, ainda, um importante fator psicossocial no aumento da autoconfiança e na capacidade de enfrentar problemas (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

O conceito de rede contempla uma dupla aplicação: pode referir-se à estrutura de grupos sociais e suas ramificações, assumindo um caráter estático e pode referir-se a uma estratégia de ação, a um sistema dinâmico que constrói e mantém condições necessárias para a mudança. O enfrentamento das questões de SAN utilizando o enfoque do DHAA não poderá prescindir da contribuição e do envolvimento de todos os setores da sociedade, para a formação de redes dinâmicas que implementem e reforcem a acumulação progressiva e crescente de capital social (MARTELETO, 2001).

Entre os tantos setores que mantêm uma interface com as questões da SAN e do DHAA, o que mais se destaca, com certeza, é a da saúde. As questões que envolvem a implementação do SISAN remetem à experiência extraordinária vivida nas últimas décadas na área da saúde, com o processo que resultou na criação e implantação do SUS – Sistema Único de Saúde. Com princípios e diretrizes similares aos hoje propostos para o SISAN, a transformação em realidade das propostas do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro desencadeou uma série de mudanças no cenário nacional da saúde. O SUS continua em processo de discussão, desenvolvimento e implantação. Nos anos que se seguiram à sua criação foram reformuladas as funções do Estado, a sistemática de distribuição de recursos foi revista, várias novas instâncias colegiadas de participação, negociação e decisão foram criadas, envolvendo usuários, gestores, profissionais e organizações da sociedade civil, nos diferentes níveis de governo (VIANA et al., 2002). Essa experiência vivida, seus acertos e desacertos, que pode contribuir bastante para as discussões necessárias à implantação do SISAN.

A experiência do SUS e a Estratégia Saúde da Família

Para o setor saúde, diferentes situações de risco devem embasar as decisões e as ações voltadas para a coletividade. Considerando-se o risco inerente à condição de vida e de vulnerabilidade apresentado por cada indivíduo, o planejamento das políticas na área deve buscar “visualizar as populações”, analisar os indicadores sanitários, sócio-econômicos e

ambientais. Esse processo deve levar em conta a questão dos espaços ocupados por diferentes populações (ALMEIDA e PAULILLO, 2005). Nesse caso, os territórios são estruturados a partir das horizontalidades, constituindo uma rede serviços que deveriam ser ofertados pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania (GONDIM; MONKEN, 2002). Nesse conceito, a rede se forma pelo conjunto de organizações e serviços independentes que se agregam e compartilham processos operacionais em torno da questão saúde (BOURGUIGNON, 2001).

Desde sua criação, na Constituição Federal de 1988, foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalização, a eqUidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. Sob a ótica desses princípios, o processo de construção do SUS visa reduzir a distância ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira (DAB, 2000). O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas e democratizando as informações relevantes, para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde (OLIVEIRA; BORGES, 2008).

Em vista da necessidade do estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a consolidação das conquistas do movimento sanitário, várias propostas de mudança inspiradas nas ideias da reforma sanitária e nos princípios do SUS foram esboçadas e implementadas. O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma dessas iniciativas e se concretiza como um novo paradigma de promoção da saúde, focado principalmente no estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (OLIVEIRA; BORGES, 2008).

O PSF não é uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis. Representa tanto uma estratégia para modificar a forma atual de prestação de assistência à saúde, como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde. Desloca-se o foco da assistência à doença para a promoção da qualidade de vida e para a intervenção nos fatores que a colocam em risco. Isso se dá pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e pelo desenvolvimento de ações intersetoriais. Caracteriza-se pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os atendimentos clínicos e a promoção da saúde (DAB, 2000; RONZANI; STRALEN, 2003; ROSA; LABATE, 2005).

A inegável inter-relação da atenção à saúde com a questão da segurança alimentar e nutricional se revela já pela opção de utilização do *Mapa da Fome*, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), como critério de seleção para as áreas de risco (DAL PÓZ; VIANNA, 1998).

O PSF teve início em 1991, quando o Ministério da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Pela primeira vez, nas práticas de saúde, passou-se a focar a família como unidade de ação programática e não mais (tão somente) o indivíduo. Outras mudanças incluíram a diferenciação das concepções de integração com a comunidade e um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica. Foi introduzida, ainda, a noção de área de cobertura (DAL PÓZ; VIANNA, 1998).

Para Dal Póz e Vianna (1998), o PSF introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, uma vez que não se espera que as pessoas busquem os serviços e sim que os serviços busquem as pessoas, sendo um instrumento de reorganização da demanda. A intervenção ocorre na comunidade a partir da definição de uma área adscrita a cada equipe de profissionais. As equipes devem ser compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde – além de outros profissionais tais como psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, que poderão ser incorporados de acordo com as características e demandas locais. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, mil famílias ou 4.500 pessoas que residam ou trabalhem no território de responsabilidade da unidade de saúde, agora denominada “Unidade Básica de Saúde da Família” (DAB, 2000; OLIVEIRA; BORGES, 2008)

Mais que um modelo de estratégia de Atenção Primária, o PSF representa uma reformulação do modelo assistencial e do seu meio social, devendo ser implementado de acordo com algumas diretrizes e características básicas: ser a porta de entrada para o sistema de saúde; visar à integralidade dos níveis de atenção; respeitar uma definição do território a ser atendido a partir do critério populacional; e realizar ações numa relação multiprofissional (SOUZA, 2001; RONZANI & STRALEN, 2003).

Apesar de todos os avanços, o Programa ainda apresenta problemas de efetividade social, uma vez que seu território de ação ainda é restrito e que compete com os modelos de atenção tradicional ainda preponderante (PINHEIRO, 2001). Além disso, outras questões e problemas sociais concorrem para as dificuldades. Em regiões onde não se tinha acesso a nenhuma modalidade de atendimento e à rede de atenção básica, a implantação do PSF representa de forma imediata o direito ao acesso aos serviços de saúde, disposto nas diretrizes do SUS. Nas áreas metropolitanas, onde já exista uma rede de atenção básica relativamente

bem estruturada e extensa, o Programa não deve ser implantado com um substituto. Deve articular-se com as redes de atenção secundária e terciária, apresentando um caráter mais seletivo, destinando-se aos segmentos populacionais com maiores carências ou que vivenciem diferentes graus de exclusão social. Em grandes centros, entretanto, o formato original do PSF tem se mostrado inadequado em alguns locais, dado o alto grau de exclusão social e da inexistência de organização familiar ou comunitária (MARSIGLIA et al., 2005).

O que chama a atenção no processo de construção e consolidação do SUS, entretanto, é à disposição dos gestores do Sistema (Ministro da Saúde, Secretários Estaduais e Municipais de Saúde) de buscar e implantar continuamente mudanças que visem superar os desafios que se colocam. Com o modelo inicial esgotado, tanto pela dificuldade da imposição de normas gerais para um país com tantas desigualdades quanto pela complexidade das normas vigentes. Em 2006, os Gestores do SUS assumiram um compromisso público de construção de um Pacto pela Saúde, com base nos princípios constitucionais do SUS e com ênfase na saúde da população. Esse Pacto, composto por um Pacto pela Vida, um Pacto em Defesa do SUS e um Pacto de Gestão do SUS, implica a definição de prioridades articuladas e integradas, de forma simultânea. Essas prioridades são expressas, em cada um dos Pactos, na forma de objetivos e metas. O Pacto pela Vida, definido a partir da análise da situação de saúde e das prioridades definidas pelos três níveis de governo, determina as ações prioritárias a serem executadas (saúde do idoso, câncer de colo de útero e mama, mortalidade infantil e materna, doenças emergentes e endemias, promoção da saúde e atenção básica à saúde) focalizando resultados e compromissos orçamentários e financeiros. O Pacto em Defesa do SUS explicita ações concretas e articuladas pelas três instâncias de governo para concretizar o SUS como política de Estado e não de governo, em defesa dos princípios base dessa política, com a implementação de um projeto permanente de mobilização social para, entre outras coisas, mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como o sistema garantidor desses direitos e para garantir o aumento dos recursos e o orçamento do SUS e com a elaboração da carta de direitos dos usuários do SUS. O Pacto de Gestão busca a definição clara das responsabilidades, com fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do Sistema, avançando na regionalização e na descentralização com unidade de princípios e diversidade operativa de acordo com as singularidades regionais, reforça a territorialização como base do Sistema instituindo colegiados de gestão regional e explicita as diretrizes para o financiamento público tripartite, com relações contratuais entre os entes federados. As prioridades são a definição inequívoca da responsabilidade de cada instância gestora e o

estabelecimento de diretrizes para a gestão, com ênfase, entre outros, no planejamento e na participação social e controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O aprendizado da sociedade e do Estado brasileiro nesses 20 anos do SUS precisa contribuir para que a construção de políticas públicas em outras áreas alcance o sucesso com menor tempo de maturação. Afinal, muitos dos caminhos necessários ao cumprimento de diretrizes e princípios similares a essas políticas já foram trilhados e a sociedade precisa aprender com seus acertos e com seus erros.

Desafios e possibilidades para o SISAN

O desafio da participação, do controle social e das redes

A participação e o controle social são importantes para legitimar as políticas públicas adotadas e para garantir o compromisso dos agentes que a implementam. Além disso, a efetividade das políticas planejadas é potencializada quando o processo é participativo e transparente (JUNQUEIRA, 2004).

Há ainda muitos desafios para uma maior participação da sociedade civil nas políticas públicas de SAN/DHAA. Nesse aspecto as redes e seus agentes estimuladores têm uma função importante, viabilizando ações como os processos amplos de capacitação para estimular maior participação e de novos segmentos da sociedade, o desenvolvimento e a divulgação de instrumentos e estratégias de acompanhamento e monitoração de programas, a ampliação da eficácia do trabalho dos conselhos municipais e estaduais de SAN e do efetivo controle social que devem exercer, além do avanço para ações que vão desde a doação de alimentos e que apontem para a adoção de políticas públicas inclusivas e geradoras de direitos de cidadania.

Alguns autores afirmam que a criação de capital social em locais em que não existem condições histórico-culturais é, se não impossível, extremamente difícil. Entretanto, as experiências vividas têm mostrado que alguns agentes podem assumir o papel de provocar “rupturas” nas relações sociais, promovendo mudanças de comportamento e a institucionalização de novas práticas sociais. O Estado pode e deve assumir esse papel, desempenhando uma importante função protetora e mesmo coercitiva de relações sociais geradoras de capital social. O sucesso dessa estratégia está diretamente ligado ao processo de territorialização, que possibilita novos pactos de gestão, com redistribuição do poder e democratização. A prática de microterritorialização da gestão, por exemplo, possibilita a inclusão de todos os sujeitos e seu *empoderamento* para interferir nas políticas em

planejamento e execução, além de facilitar o controle social da ação pública. A democratização pela participação popular vai refletir, da sociedade para o estado, o próprio processo participativo (ALMEIDA; PAULILLO, 2005).

Santos (2000) alerta para a necessidade de estudar melhor, as formas de solidariedade existentes entre as populações carentes e, que poderiam ajudar a compreender melhor, as formas de ajuda mútua. A superação do discurso que caracteriza a população pobre como violenta, permitiria conhecer melhor a solidariedade e a boa vontade que podem ser verificadas em manifestações que “escapam das verticalidades”, como as relacionadas à música (rap), às rádios comunitárias, aos jornais locais e outros. O acesso à Internet, que atinge parcelas cada vez maiores da população, inclusive das menos favorecidas do ponto de vista sócio-econômico, têm também viabilizado a comunicação e a organização de redes sociais por meio de páginas pessoais, sites de relacionamento. A facilidade trazida pelo avanço de tecnologias mais acessíveis, especialmente nos meios urbanos, para a produção e a publicização de textos, imagens e filmes dá a essa população certa independência e maior poder de denúncia e negociação na busca por seus valores e por sua realização. Essas características potenciais podem contribuir de forma importante para a capacidade urbana de formação de redes, para escapar da verticalidade imposta pela globalização e pode ser utilizada para enriquecer as propostas de participação e controle social na questão da fome e da SAN facilitando mudanças de padrão de consumo, de acesso a alimentos e outras (SANTOS, 2000).

Além disso, as estratégias para garantia de SAN/DHAA podem se tornar o tema central de redes de diversos interesses compartilhados, articulando conjuntos de empresas, de organizações não governamentais, cooperativas, agências públicas estatais, prefeituras, centros de pesquisas e universidades, entre outros (ALMEIDA; PAULILLO, 2005). A participação social tem, como observado por alguns autores, aumentado bastante nos últimos anos no Brasil e alguns aspectos da Segurança Alimentar e Nutricional têm aparecido como tema central para várias entidades e organizações de estado ou da sociedade civil (VALENTE & BEGHIN, 2006; ALMEIDA & PAULILLO, 2005; PINHEIRO, 2008; BRASIL, 2006).

O desafio da intersetorialidade

Silva (2009) analisa as instâncias que integram o SISAN e identifica quatro diferentes tipos: uma instância de coordenação governamental de política (Câmara Intersetorial de SAN), as instâncias de proposição e controle social (a Conferência Nacional e os CONSEAs Nacional, estaduais e municipais), as instâncias de articulação da política e planos nos estados

e municípios e as instâncias de financiamento (o orçamento do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS e os orçamentos dos demais ministérios). Argumentando que não bastam, entretanto, uma Lei Orgânica e um Sistema Nacional, a autora alerta para alguns problemas que poderão interferir no alcance dos objetivos. O primeiro deles está relacionado ao fato do DHAA não estar explicitamente citado no texto constitucional (embora exista proposta de emenda nessa direção) e à inexistência de uma base legal de financiamento, fatores importantes para garantir a adesão de estados e municípios. Além disso, também inexistente uma política definida de SAN para o país, com programas mestres e delimitação de atribuições, o que permitiria um pacto federativo com definição de competências. Com relação à intersetorialidade, a autora afirma que este é um processo complexo que envolve o enfrentamento das contradições, algumas restrições e resistências. É necessário pensar a complexidade, de forma a enxergar os diversos aspectos do problema. O pensamento isolado leva à exclusão, enquanto o pensamento complexo é uma proposta ética que permite pensar que tipo de desenvolvimento a sociedade brasileira quer para o país (JUNQUEIRA, 2004).

O Estado com estrutura setorializada trata os problemas do cidadão de forma fragmentada. Os serviços, embora sejam dirigidos a um mesmo grupo e ocorram em um mesmo ambiente e território, são executados separadamente e sem qualquer conexão. Isso resulta em uma ação desarticulada, que dificulta a gestão democrática e inovadora. Embora o planejamento busque articular as ações e os serviços, a execução desarticula e desconsidera a integralidade do indivíduo e a interrelação de seus problemas (JUNQUEIRA et al., 1998).

A intersetorialidade é uma forma de atuar e por isso deve provocar mudanças nas práticas e na cultura das organizações gestoras das políticas sociais. Esse processo envolve mudanças de valores e de cultura e as normas sociais e as regras de ação de grupos e organizações sociais deverão refletir essas mudanças (JUNQUEIRA, 2004). Intersetorialidade pressupõe a articulação dos diferentes conhecimentos e experiências para o planejamento, realização e avaliação de ações complexas, buscando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Assim como a descentralização, que leva o poder de decisão para mais próximo do cidadão, deve considerar os grupos populacionais e suas condições territoriais, urbanas e ambientais (JUNQUEIRA et al., 1998).

Uma proposta de ação para promover a intersetorialidade é a da abordagem matricial, por problemas. Ela pode ocorrer por meio da territorialização (divisão em bairros e territórios), pela definição de projetos intersetoriais que envolvem, mas não modificam as estruturas administrativas já existentes ou pela articulação dos setores em redes de parcerias

na resolução de problemas prioritários de uma população que vive em um determinado território. Para isso o planejamento do trabalho deve ser feito a partir do mapeamento das famílias de um território, da divulgação dos problemas enfrentados por essa população, e pela integração dos órgãos de acordo com suas particularidades, buscando o apoio da mídia e da sociedade (JUNQUEIRA, 2004).

Algumas experiências interessantes vêm sendo implantadas em municípios que integram o movimento “Cidades Saudáveis”. Esses municípios, comprometidos com a adoção de políticas públicas saudáveis, têm tentado construir práticas de ação intersetorial, avançando além da retórica, por meio de um planejamento abrangente, novas formas de gestão e controle – como os orçamentos participativos e programas de geração de emprego e renda, com o objetivo de alcançar desenvolvimento social e maior qualidade de vida para todos. O registro dessas experiências – que ainda são incipientes – pode trazer maiores subsídios para todos que buscam colocar em prática as diretrizes do SISAN (WESTPHAL; MENDES, 2000).

Subsídios para os desafios que se apresentam

No ano de 2007, o Instituto Pólis realizou o trabalho de pesquisa “Subsídios para implantação de sistemas descentralizados de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) em regiões metropolitanas”, fruto de um acordo de cooperação técnica entre a FAO (Food and Agriculture Organization) e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Desenvolvida entre março e setembro de 2007, o trabalho teve dois objetivos específicos: “mapear programas, projetos ou ações governamentais, conselhos, conferências e espaços intersecretariais com potencial de integração em sistemas descentralizados de SAN; e construir e validar diretrizes e estratégias para a operacionalização destes sistemas”. O relatório final contém diretrizes e estratégias relacionadas ao papel das diferentes esferas de governo e dos CONSEAs e à criação de uma “rede operacional da SAN, base para a implantação do SISAN e de seus correspondentes nos estados e municípios” (MDS/FAO-POLIS, 2008). Os resultados desse trabalho poderão embasar as iniciativas necessárias à continuidade do projeto de construção da SAN e do DHAA no país.

Além disso, vários atores sociais vêm atuando e construindo uma experiência a ser considerada por aqueles que se incumbirem da tarefa de implantar e viabilizar o SISAN. Valente e Beghin (2006) relacionam as iniciativas do governo federal, as instâncias colegiadas e da sociedade civil organizada. Chamam a atenção para parceiros que vêm desempenhando papel importante na busca pela construção do DHAA, como a Comissão Nacional de

Monitoramento de Violações de DHAA, o Ministério Público, a Relatoria Nacional para os Direitos Humanos à Alimentação Adequada, Água e Terra Rural, o Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional (FBSAN), o Comitê Nacional de Implementação do Direito Humano à Alimentação Adequada (COMIDhA) e a Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH), entre outros (VALENTE; BEGHIN, 2006).

Experiências internacionais também poderão trazer subsídios importantes. McCullum et al. (2005) relatam, por exemplo, que diversas instituições na América do Norte e Europa têm utilizado uma abordagem de sistemas alimentares para construir segurança alimentar para comunidades. É necessário, nesses casos, compreender como as comunidades interagem com os recursos em seus ambientes físicos e sociais em grandes períodos de tempo e identificar os fatores que afetam a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos alimentos. Os autores propõem trabalhar com sistemas alimentares, definidos como um conjunto de funções interrelacionadas que incluem produção, processamento e distribuição de alimentos; acesso e utilização de alimentos por indivíduos, comunidades e populações e; reciclagem, compostagem e descarte de alimentos. A metodologia - estratégias com base em evidências para construir segurança alimentar comunitária – é organizada em um continuum relacionado à expectativa de tempo de resultados e as atividades resumem-se em três estágios progressivos: mudanças iniciais nos sistemas alimentares, sistemas alimentares de transição e sistemas alimentares redesenhados para a sustentabilidade. No primeiro estágio, os participantes criam pequenas, mas significativas, mudanças nos sistemas alimentares existentes e a coleta de dados nesse estágio pode ser usada como base de informação para o trabalho dos estágios subsequentes. No segundo estágio, as mudanças nos sistemas alimentares são progressivas e os esforços são direcionados para a facilitação e a estabilização dessas mudanças. No terceiro estágio, os esforços são feitos para institucionalizar sistemas alimentares modificados por meio de instrumentos legais e políticos que integram diferentes campos de políticas. Coleta de dados, monitoramento e avaliação são conduzidas em todos os estágios (McCULLUM et al., 2005).

A compreensão de estratégias como essa pode auxiliar na identificação de meios mais eficientes de mobilização das comunidades locais para o tema, embora a metodologia trabalhe com uma realidade diferente do caso brasileiro, em que a institucionalização e os instrumentos legais antecedem a implantação das políticas e ações.

Considerações finais

A construção do SISAN é tarefa que vai exigir esforço, dedicação e envolvimento de todos os que já vêm trabalhando com os temas da SAN e do DHAA, além da inclusão de novos atores e parceiros comprometidos com o desenvolvimento social.

Muitas organizações têm trabalhado com o tema e muitas iniciativas têm sido desenvolvidas e podem contribuir de forma importante na tarefa de estruturação do SISAN. A mobilização desses parceiros potenciais poderia ser facilitada e as informações sobre eles fossem sistematizadas em um documento-fonte que pudesse ser consultado por municípios em busca de parcerias institucionais.

Do desafio de construção do SISAN faz parte a mobilização daqueles que já vêm trabalhando com a questão, a busca de parcerias efetivas com Universidades e Institutos de Pesquisa, a produção de conhecimento e de material educativo que instrumentalize agentes públicos, privados e a população para a tarefa, a incorporação de políticas a ações isoladas que já vem sendo desenvolvidas nas diferentes instâncias de governo, de forma a potencializar os resultados que já vem sendo alcançados e a busca efetiva de integração com as áreas e setores que já vêm trilhando o caminho da construção de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida e a inclusão social.

Referências

ALMEIDA, L.M.; PAULILLO, L.F.O.E. Redes de segurança alimentar e agricultura familiar: a merenda escolar como instrumento de desenvolvimento local. **Cadernos de Debate** (UNICAMP), Campinas, UNICAMP/NEPA, v. 7, n. 1, p. 33-44, 2005.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

BOURGUIGNON, J. A. **Concepção De Rede Intersetorial**. Universidade Estadual de Ponta Grossa. 2001. NUPES - Núcleo de Pesquisa em Desigualdade e Exclusão no Espaço Local - Textos de Reflexão - Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>.> Acesso em: 20/jan/2009

BRASIL, Decreto nº 6.273, de 23 de novembro de 2007. Cria, no âmbito do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil Poder Legislativo**, Brasília, DF, 26 nov. 2007, Seção 1, p. 15.

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} República Federativa do Brasil Poder Legislativo**, Brasília, DF, 18 set. 2006, Seção 1, p. 1.

CARVALHO, N.M. **Os Territórios da Saúde e a Saúde dos Territórios: Discutindo o Processo de Territorialização em Saúde a partir do Caso de um Serviço de Atenção Primária em Porto Alegre, RS**, 2003, 155 p. Dissertação (Mestrado Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração. Porto Alegre, 2003.

CONSEA. **Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional**. Textos de Referência, II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, Jul. 2004. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/consea/static/documentos/Outros/LivroConsea_DocumentoReferencia.pdf> Acesso em: 20 abr. 2009.

DAB. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Informes Técnicos Institucionais. **Rev Saúde Pública**. v.34, n.3. p. 316-319, jun., 2000.

DAL POZ, M. R. ; VIANA, A. L. D. . Reforma do sistema de saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família; informe final. **Estudos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 166, p. 1-35, 1998

GONDIM, G. M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde: diagnóstico das condições de vida e situação de saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>> Acesso em 21/jan/2009.

- GONDIM, G.; et al. O território da saúde: Organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Ary Carvalho de Miranda; Christovam Barcellos; Josino Costa Moreira; Mauricio Monken. (Org.). **Território, ambiente e saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, v. 1, p. 237-255

JUNQUEIRA, L. A. P. Gestão Intersetorial das Políticas Sociais e o Terceiro Setor. **Rev. Saúde e Sociedade**, USP - São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-26, 2004.

JUNQUEIRA, L. A. P. ; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: CLAD. (Org.). **El Tránsito de la cultura burocratica al modelo de la gerencia publica: perspectivas, posibilidades y limitaciones**. 1ª ed. Caracas / Venezuela: Unesco / Clad, 1998, v. , p. 63-124.

MALUF, R.S. **Contribuições para a construção do Sistema Nacional e dos Sistemas Estaduais de SAN**. in: Oficina "Construindo o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional". CONSEA. 2008. Disponível em <<https://www.planalto.gov.br/Consea/static/eventos/Oficina/Contribui%20para%20a%20constru%20do%20Sistema%20Nacional%20e%20dos%20Sistemas%20Estaduais%20de%20SAN1.pdf>> Acesso em: 20 abr. 2009.

MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Políticas Sociais: desigualdades, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Rev. Saúde e sociedade**, USP - São Paulo, v. 14, n. 2, p. 69-76, 2005.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, 2001.

- McCULLUM, C.; et al. Evidence-Based Strategies to Build Community Food Security. **Journal of the American Dietetic Association**. V.105, I. 2, P. 278-283, Feb. 2005.

MDS/FAO-POLIS. Pesquisa: **Subsídios para Implantação de Sistemas Descentralizados de SAN em RMs.** . in: Oficina "Construindo o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional". CONSEA. 2008. Disponível em <<https://www.planalto.gov.br/Consea/static/eventos/Oficina/Subs%EDdios%20para%20Implanta%E7%E3o%20de%20Sistemas%20Descentralizados%20de%20SAN%20em%20RMs%20-%20Painel%202%20-%20MDS.FAO.Polis.pdf>>

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006, Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil Poder Executivo**, Brasília, DF, 23 fev. 2006, Seção 1, p. 43.

OLIVEIRA, A.K.P.; BORGES, D.F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Rev. Adm. Publica**, v.42, n. 2, p. 369-89, mar./abr., 2008.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira . Reflexões sobre o processo histórico - político de construção da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, UNICAMP/NEPA, v. 15, n. 2, p. 1-15, 2008.

PINHEIRO, R. As práticas no cotidiano na relação oferta e demanda nos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araujo Mattos. (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social e ABRASCO, 2001, v. 1, p. 39-64.

RIBAS, E. R. S.; RIBAS JR., F. B. **Organizações de Base, Redes Intersectoriais e Processos de Desenvolvimento Local: O Desafio da Sustentabilidade**. Red Interamericana de Fundaciones y Acciones Empresariales para el Desarrollo de Base, 2007, 55p. Disponível em: <<http://www.redeamerica.org/Portals/0/Publicaciones/sostenibilidad2307.pdf>> Acessado em: 19/jan/2009.

RONZANI, T.M.; STRALEN, C.J.V. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Rev Atenção Primária a Saúde**, v.6, n.2, p. 99-107, 2003.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto/SP, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005

SANTOS, M. A. **Território e Soceidade**, entrevista a Odette Seabra, Mônica de Carvalho, José Corrêa Leite. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2000.

SOUZA, S.P.S. **A inserção dos médicos no serviço público de saúde: um olhar focalizado no Programa de Saúde de Família**. 2001. 123 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social- UERJ, Rio de Janeiro, 2001.

VALENTE, F.L.S.; BEGHIN, N. **Realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e a Experiência Brasileira: Subsídios para a Replicabilidade**. Brasília. FAO. 2006. 62 p.

- VALENTE, F.L.S.; et al. **Segurança alimentar e nutricional (SAN) e o direito humano à alimentação adequada**. Brasília: ABRANDH, 2007, 30 p. Curso Formação em Direito

Humano à Alimentação Adequada No contexto da Segurança Alimentar e Nutricional, Módulo I.

- VALENTE, F.L.S.; et al. **Direitos, obrigações e as violações do DHAA**. Brasília: ABRANDH, 2007, 33 p. Curso Formação em Direito Humano à Alimentação Adequada No contexto da Segurança Alimentar e Nutricional, Módulo II.

VIANA, A.L. d'A.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002

WESTPHAL, M. F. ; MENDES, R. Cidade Saudável: uma experiência de intersetorialidade e interdisciplinaridade. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-62, 2000.

LIFE IN TERRITORY AND INTERSECTORIAL AND SOCIAL NETWORKS – STRATEGIES TO GUARANTEE THE HUMAN RIGHT TO ADEQUATE FOOD

Abstract

The guarantee of the human right to adequate food and the conquest of sustainable food and nutritional security in Brazil faces, at the moment, the challenge of the implantation, at the state and city levels, of the Food and Nutritional Security National System, created by the Food and Nutritional Security Organic Law. The lines of direction and the principles considered for the System include participation and social control, decentralization and intersectorial city of actions. This review work aims to discuss the potential of strategies of territorialization and implementation of local networks for the implementation of the Security Food and Nutritional Sustainable policies. The search of a standard of healthful and safe food consumption by the population cannot occur without the collaboration of public and private organizations, as well as the mobilization of the society for this task of construction, in order to reach of the objectives of the System. Thus, initiatives towards local actions and incentive to the formation and performance of sectorial, intersectorial and social networks must integrate efforts for the construction of sustainable food systems for the Brazilian population.

Key words: territory, social networks, fight against the hunger, food security, human right to adequate food.