**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**Direito humano à alimentação adequada e atuação profissional em
saúde pública**

Lúcia Dias da Silva Guerra

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo
para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Nutrição em Saúde
Pública

Linha de Pesquisa: Formulação e avaliação de
intervenções nutricionais

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Maria Cervato-
Mancuso

São Paulo-SP
2017

Direito humano à alimentação adequada e atuação profissional em saúde pública

Lúcia Dias da Silva Guerra

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Formulação e avaliação de intervenções nutricionais

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Maria Cervato-Mancuso

Versão Corrigida

São Paulo-SP
2017

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Nome: GUERRA, Lúcia Dias da Silva

Título: Direito humano à alimentação adequada e atuação profissional em saúde pública

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr ^a .	Ana Maria Cervato-Mancuso (presidente)
Instituição	Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo
Julgamento	Aprovada
Prof. Dr ^a .	Sueli Gandolfi Dallari
Instituição	Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo
Julgamento	Aprovada
Prof. Dr ^a .	Christiane Gasparini Araujo Costa (externo)
Instituição	Instituto Pólis e Conselho Municipal de Segurança Alimentar e
Nutricional	
Julgamento	Aprovada
Prof. Dr ^a .	Aída Couto Dinucci Bezerra
Instituição	Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Mato Grosso
Julgamento	Aprovada
Prof. Dr ^a .	Cristiane da Silva Cabral
Instituição	Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo
Julgamento	Aprovada

Aos meus pais Sildiná e João e minha irmã Bruna Íris

À Angela Feliciano Fujita e Aline Fujita Teles

Ao meu companheiro Guilherme Peixoto

Ao povo brasileiro que ainda sofre com injustiças e desigualdades e carece da efetivação dos seus direitos humanos fundamentais.

AGRADECIMENTOS

À Universidade de São Paulo por me acolher enquanto estudante de pós-graduação. Pela oportunidade de participar em diversos espaços organizacionais de representação discente, como membro da Associação de Pós-Graduandos da USP – “APG Helenira Preta Rezende”, que me possibilitou o exercício da participação política e da luta por diversos direitos dos pós-graduandos junto ao Conselho Universitário e Conselho de Pesquisa.

À Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo por me acolher enquanto estudante de pós-graduação em seu programa de Nutrição em Saúde Pública. Aos seus diversos espaços organizacionais de representação discente, nos quais tive a oportunidade conhecer por dentro o funcionamento da unidade e exercer a minha participação política junto a Congregação e diferentes Comissões.

Ao Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo pela oportunidade de realizar, no ano de 2015, o Aprimoramento em Direito Sanitário e Advocacia em Saúde. Por ser um espaço excelente de aprendizado e aproximação do campo interdisciplinar que é o direito sanitário. Por ser fonte de motivação, oportunidade, convivência e pesquisa.

Ao Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade e Departamento Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e seus professores, pelas oportunidades de estágios docência, suporte acadêmico e convivência.

À Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, às suas Coordenadorias e Supervisões de Saúde, Gerências das Unidades Básicas e Profissionais da Saúde por apoiarem a realização dessa pesquisa.

Aos meus amigos Gisella Cristina (UFBA), Rubem da Silva Brandão (USP), Leonardo Carnut (UPE/USP), Alexandra Pava Cárdenas (USP) e Fernanda Cangussu Botelho (USP) por contribuírem para que eu mantivesse os meus passos firmes nos momentos mais difíceis.

Ao meu grande amigo e jovem de luta; João Paulo Cechinel de Souza, que se foi durante o percurso desse doutorado.

Ao grupo de pesquisa “Segurança Alimentar e Nutricional: formação e atuação profissional”, coordenado por minha orientadora Prof.^a Dr.^a Ana Maria Cervato-Mancuso, pelas oportunidades em aprender mais sobre o trabalho em equipe, sobre o fazer pesquisa qualitativa em diferentes regiões da cidade de São Paulo, além de me formar como ser humano.

À população ‘marginalizada’ da cidade de São Paulo, pela oportunidade de vivenciar as diversidades de algumas das suas periferias existenciais durante a minha pesquisa de campo, na qual puder ver o dinamismo e o rearranjo social frente às duras realidades que me tocaram profundamente. Elas elucidam um cenário que expressa nitidamente à reprodução das desigualdades, das injustiças e a reificação das pessoas; e escancaram a inércia coletiva pela luta das garantias e efetivação dos direitos humanos fundamentais.

Aninha e suas pedras – Cora Coralina

*“Não te deixes destruir...
Ajuntando novas pedras
e construindo novos poemas.
Recria tua vida, sempre, sempre.
Remove pedras, planta roseiras e faz doces. Recomeça.
Faz de tua vida mesquinha
um poema.
E viverás no coração dos jovens
e na memória das gerações que hão de vir.
Esta fonte é para o uso de todos os sedentos.
Toma a tua parte.
Vem a estas páginas
e não entres o seu uso
aos que têm sede.”*

(Cora Coralina, pseudônimo de Anna Lins dos Guimarães Peixoto Bretas. Poetisa e contista brasileira, goiana. Nascida na Cidade de Goiás Velho, interior de Goiás, no dia 20 de agosto de 1889)

Guerra LDS. Direito humano à alimentação adequada e atuação profissional em saúde pública [tese]. São Paulo/SP: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2017.

Resumo

Esta tese oferece uma reflexão para o campo da saúde pública, particularmente sobre o direito humano à alimentação adequada - DHAA, expresso na produção científica brasileira e no trabalho em saúde na atenção primária. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, organizado em três artigos com objetivos distintos e complementares. No primeiro artigo realizou-se um ensaio crítico a partir dos marcos políticos e jurídicos do DHAA no contexto da SAN, nos âmbitos internacional e nacional. No segundo artigo com base na produção científica foi feita uma revisão integrativa para conhecer o estado da arte do problema investigado. No terceiro artigo, para produção dos dados empíricos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 31 profissionais da atenção primária à saúde. Foi realizada análise de conteúdo. A discussão foi guiada a partir de três eixos: o perfil de atuação profissional, a concepção sobre alimentação e as ações sugeridas como estratégias para o contexto da APS. No Brasil, apesar dos movimentos sociais conduzidos para a construção do DHAA, observa-se que não foi construída junta aos cidadãos brasileiros uma cultura de participação, vida coletiva e luta pelos seus direitos. E que, a efetivação dos direitos humanos fundamentais no país implicaria mudanças nas ações de comunicação social, informação e formação tanto para a população como para o profissionais da saúde, visando compromisso institucional e responsabilidade social com essa agenda política. Priorizando mudanças no processo da equidade e inclusão social e na dignidade humana, em detrimento de produtos como metas e alcance de objetivos. Além disso, gerações futuras como crianças e adolescentes, vulneráveis à violação dos seus direitos humanos fundamentais, estão crescendo em meio aos impactos que a globalização e a urbanização têm gerado na alimentação. Estudos mostraram a multidimensionalidade dos aspectos relacionados a alimentação, os focos temáticos para compreensão e atuação na efetivação do DHAA (sistemas alimentares, pobreza e condições de renda, ambiente social e ambiente alimentar, consumo alimentar, HIV/AIDS, saúde mental, carências nutricionais,

estado nutricional, amamentação e desempenho escolar). Dentre as estratégias sugeridas para atuação em segurança alimentar e nutricional há necessidade do envolvimento de outros setores como educação e agricultura, mas fundamentalmente estratégias para a implementação de políticas, programas e ações em diferentes cenários (domicílios, serviços de saúde e escolas), com diferentes atores (gestores, profissionais de saúde, professores, cuidadores, pais, movimentos sociais e associações comunitárias). Embora as políticas públicas e marcos referenciais de alimentação e nutrição tenham sido bem construídos, visando orientar os serviços de saúde, os profissionais e a população brasileira. Esses instrumentos parecem, ainda, não alcançar esses atores de forma ampla e dialética na vida cotidiana. A aproximação do cotidiano da população é essencial para o enfrentamento dos desafios nutricionais e da educação alimentar e nutricional, por ser uma importante estratégia de sensibilização, construção de atitudes e habilidades. Há consenso em torno da necessidade do estabelecimento de parcerias com outros setores e da existência de interlocutores importantes a serem considerados para a realização de uma alimentação adequada e saudável, como os pais e a mídia; ambos são vistos pelos profissionais como formadores de hábitos e práticas alimentares. Além disso, destaca-se o papel do Estado e seus agentes como promotores de políticas públicas e canal de exigibilidade do direito à alimentação. Acredita-se que o conhecimento acerca do fenômeno estudado possibilite a problematização da alimentação como um direito, no contexto da atenção primária e auxilie nas estratégias de intervenção junto à gestores, às equipes de saúde e à população.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Segurança Alimentar e Nutricional. Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde. Políticas Públicas.

Guerra LDS. Human right to adequate food and professional performance in public health [tese]. São Paulo/SP: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2017.

Abstract

This thesis offers a reflection to the field of public health, particularly on the Human Right to Adequate Food, expressed in Brazilian scientific production and health work in primary care. This is a study with a qualitative approach, organized in three articles with distinct and complementary objectives. In the first article a critical essay was carried out based on the political and legal frameworks of the Human Right to Adequate Food in the context of the food and nutrition security, at the international and national levels. In the second article based on the scientific production an integrative revision was made to know the state of the art of the investigated problem. In the third article for the production of empirical data, we conducted semi-structured interviews with 31 primary health care professionals. Content analysis was performed. The discussion was guided by three axes: the profile of professional performance, the conception about food and the actions suggested as strategies for the context of PHC. In Brazil, despite the social movements conducted for the construction of the DHAA, a culture of participation, collective life and struggle for their rights was not built together with Brazilian citizens. And that the realization of fundamental human rights in the country would imply changes in the actions of social communication, information and training for both the population and health professionals, aiming at institutional commitment and social responsibility with this political agenda. Prioritizing changes in the process of equity and social inclusion and human dignity, to the detriment of products as goals and scope of objectives. In addition, future generations of children and adolescents who are vulnerable to the violation of their fundamental human rights are growing amid the impacts of globalization and urbanization on food. Studies have shown the multidimensionality of aspects related to food, the thematic focus for understanding and acting in the implementation of Human Right to Adequate Food (food systems, poverty and income conditions, social environment and food environment, food consumption, HIV / AIDS, mental health, nutritional deficiencies, nutritional status, breastfeeding and school performance). Among the strategies suggested for action in food and nutritional security, there is a need to involve other sectors such as education and agriculture, but fundamentally strategies for the implementation of policies, programs and actions in

different scenarios (households, health services and schools), with different actors (managers, health professionals, teachers, caregivers, parents, social movements and community associations). Although public policies and reference frameworks for food and nutrition have been well-constructed, aimed at guiding health services, professionals and the Brazilian population. These instruments still do not reach these actors in a broad and dialectical way in everyday life. The daily approach to the population is essential for meeting nutritional challenges and food and nutrition education, as it is an important strategy for raising awareness, building attitudes and skills. There is a consensus around the need to establish partnerships with other sectors and the existence of important interlocutors to be considered for the achievement of adequate and healthy food, such as parents and the media; both are seen by professionals as formers of eating habits and practices. In addition, the role of the State and its agents as promoters of public policies and channel of exigibility of the right to food stands out. It is believed that the knowledge about the phenomenon studied makes it possible to problematize food as a right in the context of primary care and to assist intervention strategies with managers, health teams and the population.

Key-words: Human Rights. Food and Nutrition Security. Public Health. Primary Health Care. Public Policies.

Lista de Figuras

Figura 1	Etapas da busca bibliográfica: identificação, seleção e análise dos artigos que compuseram a revisão integrativa. Base de dados PubMed, 2007-2016.	42
Figura 2	Unidades Básicas de Saúde (n= 25) visitadas nas cinco regiões do município de São Paulo-SP para a produção dos dados empíricos. Brasil, São Paulo, 2013-2014.	46
Artigo 2		
Figura 1	Etapas da busca bibliográfica: identificação, seleção e análise dos artigos que compuseram a revisão integrativa. Base de dados PubMed, 2007-2016.	75
Figura 2	Temáticas emergentes identificadas nos 80 artigos e origem geográfica dos estudos. Base de dados PubMed, período 2007 – 2016.	78
Artigo 3		
Figura 1	Unidades Básicas de Saúde (n= 25) visitadas nas cinco regiões do município de São Paulo-SP para a produção dos dados empíricos. Brasil, São Paulo, 2013-2014.	114
Figura 2	Síntese dos resultados das concepções sobre a alimentação, na ótica do DHAA, perfis profissionais de atuação e ações propostas para o cenário da atenção primária.	122

Lista de Tabelas

Artigo 2		
Tabela 1 -	Focos temáticos e estratégias para atuação em SAN extraídos, respectivamente, das conclusões e recomendações dos estudos com abordagem qualitativa (n= 5). Base de dados PubMed, 2007-2016.	80
Tabela 2	Focos temáticos e estratégias para atuação em SAN extraídos, respectivamente, das conclusões e recomendações dos estudos longitudinais com abordagem quantitativa (n= 26). Base de dados PubMed, 2007-2016.	83
Tabela 3	Focos temáticos e estratégias para atuação em SAN extraídos, respectivamente, das conclusões e recomendações dos estudos transversais com abordagem quantitativa (n= 49). Base de dados PubMed, 2007-2016.	88

Lista de Quadros

Artigo 3

	Características dos profissionais da saúde que desenvolvem grupos educativos sobre alimentação e nutrição na APS, 2013-2014.	117
Quadro 1 -		

Lista de Siglas

APS	Atenção Primária à Saúde
CAISAN	Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional
CF	Constituição Federal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CSA	Comitê Mundial de Segurança Alimentar
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAO	Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FIDA	Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola
IAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSS	Organização Social de Saúde
PIDESC	Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNSCN	Comitê Permanente das Nações Unidas para a Nutrição

APRESENTAÇÃO

Esta tese foi produzida em meio às adversidades que a vida me apresentou desde a trajetória de saída do local onde eu morava na Região Centro-Oeste do Brasil, a cidade de Cuiabá em Mato Grosso, até a chegada e a permanência na cidade de São Paulo localizada na Região Sudeste do Brasil.

Nasci na cidade de Goiânia – Goiás em dezembro de 1984, apenas nasci lá. No primeiro ano de vida pude experimentar junto aos meus pais, a vida de migrante. Nós fomos morar em Rondônia, um dos Estados brasileiros que pertence a Região Norte do Brasil, morei em Alta Floresta D’ Oeste até os meus 17 anos de idade. Nessa cidade distante da capital Porto Velho, construí grande parte da minha cultura alimentar, pude conviver com a rica diversidade de alimentos naturais que a floresta Amazônica e suas terras oferecem. Sou filha de comerciantes, então, desde bem cedo convive com os alimentos prontos para consumo e os alimentos *in natura*. Os meus pais foram donos de mercearia, mercado e tiveram um açougue. Eu tive a oportunidade de aprender muito sobre os alimentos, principalmente nesses espaços de comercialização e também no cotidiano da vida daquela cidade. Havia muitos agricultores, povos indígenas, além de a minha mãe sempre cultivar muitas plantas alimentícias no quintal de casa e no sítio. Eu me lembro de como ela organizava anualmente a alimentação lá em casa, encomendava dos agricultores sacas de arroz, feijão, farinha de mandioca, farinha de milho e polvilho. Ela tinha um contato muito próximo aos indígenas que iam até a cidade. Recordo-me que ela fazia encomendas de mel de abelha jataí, óleo de copaíba e muitas vezes ela aprendia com eles segredos da floresta, que a auxilia no cuidado da saúde das pessoas lá em casa. No meu cotidiano também era comum o consumo de carne de caça, como tatu, paca, onça, capivara, além de muitos peixes de água doce (pitado, dourado e outros que eu nem me lembro do nome). Toda essa diversidade alimentar a minha mãe aproveitava para cuidar da nossa saúde em casa, ela cozinhava muito bem e preparava tudo, carnes de lata, doces de frutas (banana marmelo, casca de laranja, figo), biscoitos de polvilho e fazia queijo fresco com o leite cru que comprava mensalmente do leiteiro que entregava no portão de casa.

Essa foi a minha vida até o ano de 2001 quando terminei o ensino médio na escola pública lá em Rondônia. Depois, saí para fazer cursinho pré-vestibular em Goiânia-GO, passei também um ano em Viçosa-MG e em 2005 iniciei a minha graduação no curso de nutrição na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Foi durante a graduação de nutrição, em 2007, que tive a primeira aproximação científica do tema da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Não foi diretamente pelas disciplinas do curso de nutrição e sim por um contato visual com um cartaz da III Conferência Nacional de SAN (2007) “Por um desenvolvimento sustentável com soberania e SAN” e com a posterior oportunidade de uma iniciação científica no Núcleo de estudos sobre SAN (NESAN) no Instituto de Saúde Coletiva da UFMT. Recordo-me que no primeiro ano do curso de nutrição esse tema me rondou, eu tive uma disciplina chamada “Ciências Sociais em Saúde”, com uma professora chamada Marta Gislene Pignatti do Instituto de Saúde Coletiva (mais tarde no mestrado em Saúde Coletiva, ela foi a minha professora novamente). Foi nessa disciplina que apresentei um trabalho sobre o Programa Fome Zero.

No NESAN, eu fiz duas iniciações científicas sobre o tema da SAN (2007-2008 e 2008-2009), com o projeto de pesquisa “Segurança Alimentar e Nutricional da população residente na área de influência da BR-163”. A iniciação científica aconteceu por conta de uma aproximação da pesquisa de mestrado de uma professora do NESAN, comecei auxiliando voluntariamente na busca bibliográfica para a dissertação e depois consegui a bolsa do Programa Institucional do Convênio UFMT/FAPEMAT/CNPq. Após o término da graduação em nutrição, em dezembro de 2008; iniciei o mestrado em março de 2009 no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT. Como mestranda desenvolvi junto ao NESAN a minha dissertação intitulada “Análise da insegurança alimentar e nutricional e fatores associados em domicílios com adolescentes de municípios da área de abrangência da BR-163”. O período do mestrado fortaleceu a minha aproximação do objeto da SAN como pesquisadora e me possibilitou aprofundar nesse tema no Brasil. Não obstante, eu quis continuar estudando esse tema, vindo para São Paulo fazer o doutorado no Programa de Pós-graduação de Nutrição em Saúde Pública, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Isso ocorreu, porque na época eu vi a excelente conexão entre “nutrição e a saúde pública”, então esse programa de pós-graduação, essa faculdade e essa universidade poderiam me oferecer com qualidade o que eu estava buscando. Mas, na trajetória da pós-graduação na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, houve muitos obstáculos pelo caminho. Contudo, essa é a dinâmica da vida, é assim que se cresce e se torna gente: enfrentando as adversidades e seguindo em frente.

Esta tese me oportunizou conhecer a expressão da SAN em um contexto urbano de uma grande cidade e isso se deu pelas periferias de algumas regiões do município de São Paulo. Um cenário talvez muito distante da faculdade em que escolhi para cursar o doutorado. Diversas vezes me senti como se estivesse em um cenário de guerra. Mas, ao longo da pesquisa de campo também pude passar bem cedinho de trem por cenários rurais e ver o orvalho no capim, cavalos e chaminés fumegantes que me faziam imaginar “talvez ali estejam passando um café”. Isso me fez relembrar minha infância e adolescência na Região Norte do Brasil. Vida simples, discreta, mas que trazia a essência de ser gente a partir de princípios como a solidariedade.

Atender as exigências da “selva de pedras” em meio às adversidades me formou enquanto ser humano. Assim, posso dizer que o percurso do doutorado foi interessante, desafiador e surpreendente.

Mas, por que olhar para a alimentação como um direito humano? Porque dentre os direitos humanos, a vida e a sua dinâmica tentaram me privar de alguns deles. Quando eu achei que os tinha conquistado, a vida me mostrou que eu ainda haveria de arregaçar as mangas e lutar no dia a dia para fazer valer o meu direito à educação. Naquele momento eu compreendi que na democracia representativa muitas vezes os que estavam lá não representavam os interesses da maioria, mas se não os seus medíocres interesses particulares. Diante das minhas inquietações, eu fui ocupar os espaços de representação discente e tentar entender como a estrutura funcionava. Foi um pouco frustrante, mas levei disso muito aprendizado. Neste processo fui coagida, sofri violências simbólicas e, ao ser sugestionada a “*sair da faculdade de cabeça erguida e pela porta da frente*”, respondi “*vou pensar*”. A tal proposta do ‘sugestionador’, claro não foi aceita por mim.

Eu decidi passar pela experiência de não desistir e lutar pelo meu propósito inicial e concluir o doutorado. Em parte, esses enfrentamentos contribuíram para que a realização do doutorado sem bolsa. No entanto, foram investidos esforços junto às agências de fomento (nacionais e do Estado de São Paulo) para apoio financeiro. Submeti seis propostas de projetos de pesquisa (CNPq e FAPESP), duas solicitações de bolsa de doutorado FAPESP e uma de treinamento técnico. Concluí 10 disciplinas, colaborei com colegas de doutorado do mesmo grupo de pesquisa na coleta de dados e escrita de artigos e acompanhei uma bolsista de iniciação científica por dois anos. Busquei manter a conexão a outros grupos de pesquisas e centros de estudos da

Faculdade Saúde Pública, manteve contato com grupos da Universidade Federal do Mato Grosso, com os quais publiquei dois artigos. Além de produzir um artigo individual como relato de experiência. Ao final desse período do doutorado foram cinco publicados quatro artigos: 1. Revista Ciência e Saúde Coletiva – número temático de promoção da saúde/2016 “Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha”; 2. Revista Journal of Management and Primary Health Care/2015 “Ações educativas realizadas com profissionais da atenção primária à saúde na região da Amazônia Ocidental brasileira”; 3. Revista Saúde e Sociedade/2016 “A e-democracia sanitária no Brasil: em busca da identificação de atores de mecanismos virtuais de participação na elaboração de normas de direito sanitário”; 4. Cadernos de Saúde Pública/2017 ““Então não tenho como dimensionar”: um retrato de grupos educativos em saúde na cidade de São Paulo, Brasil”; um está no prelo na Revista Ciência e Saúde Coletiva/2016 “Desafios para a Segurança Alimentar e Nutricional na Amazônia: disponibilidade e consumo em domicílios com adolescentes” e outro foi aceito para publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva “Alimentação: um direito humano em disputa - focos temáticos para compreensão e atuação em segurança alimentar e nutricional”.

Participei de congressos científicos, com apresentação de trabalhos e colaboração na escrita outros. Fui representante discente em fóruns nacionais de pós-graduação de saúde coletiva, em conselhos universitários gerais da USP e na unidade da FSP. Integrei comissões para avaliação discente na pós-graduação nacional e local. Colaborei em aulas de disciplinas do curso de graduação em saúde pública e nutrição na FSP. Dentre outras atividades, realizei 03 estágios no Programa de Aperfeiçoamento de Ensino - PAE, fui monitoria no Grupo de Apoio Pedagógico – GAP da FSP, supervisora de campo em projetos da FSP e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ENSP-Friocruz. Fiz aprimoramento em Direito Sanitário e Advocacia em Saúde no Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário (CEPEDISA-USP). Participei de projeto de extensão no Centro de Referência para Prevenção e Controle das Doenças Associadas à Nutrição - CRNutri no Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza. Ministrei aulas em cursos de especialização no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas/FMUSP e nas Faculdades Oswaldo Cruz. Por fim, consegui o aceite para acolhimento em estágio no exterior no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, coordenado pelo sociólogo e professor Boaventura de Sousa Santos.

No entanto, não pude realizá-lo pela falta de recurso financeiro, mesmo apresentado a proposta para a instituição de fomento do estado de São Paulo.

Na tessitura desse percurso, produzi a tese e ela apresenta minhas inquietações como ser humano, como nutricionista, como um ser social em busca do seu lugar no mundo.

A tese está estruturada em cinco sessões: introdução, revisão de literatura, objetivos, percurso metodológico, resultados e discussão. Na sessão dos resultados e discussão são apresentados três artigos, frutos do percurso crítico e interdisciplinar que percorri durante o doutorado. As reflexões apresentadas no Artigo I “ComiDHAA de verdade para todos: desafios para a efetivação do direito humano à alimentação adequada no cenário de crises no Brasil” (ensaio crítico submetido à revista *Physis*), traz como foco para o campo da saúde pública a estreita relação entre os direitos humanos, de modo especial o direito à saúde e a alimentação; e os desafios para a efetivação do DHAA através das políticas públicas de SAN, no contexto das crises política, econômica, ética e social vivenciadas no Brasil (2016-2017), após o *impeachment* presidencial, a diminuição de orçamentos e o desmonte dos direitos fundamentais. Além disso, estão presentes a importância da participação popular para a garantia e efetivação dos direitos protegidos na Constituição Federal brasileira; e a necessidade da universidade pública produzir reflexões sobre esse momento de crises. No Artigo II - “Alimentação: um direito humano em disputa - focos temáticos para compreensão e atuação em segurança alimentar e nutricional” (revisão integrativa aceita para a publicação na revista *Ciência e Saúde Coletiva*), revisei alguns documentos internacionais para o apoio progressivo à realização do direito humano à alimentação adequada (DHAA) no contexto da SAN e documentos nacionais, como leis, decretos, pactos e planos. Realizei uma revisão da literatura sobre SAN, com o intuito de destacar na produção científica os focos temáticos de articulação entre alimentação e saúde pública e identificar as estratégias de ação sugeridas para a atuação profissional em SAN. No Artigo III “*“A alimentação é feita para todos”* - o direito humano à alimentação adequada em foco: concepções e atuação de profissionais da atenção primária à saúde” (artigo original que será enviado para uma revista internacional), com a análise de dados empíricos extraídos de entrevistas semiestruturadas realizadas com 31 profissionais da saúde da atenção primária, busquei compreender as formas de apropriação do DHAA pelos profissionais da saúde da atenção primária e fiz a discussão a partir de três eixos de análise o perfil de atuação profissional, a concepção

sobre alimentação e as ações sugeridas como estratégias para o contexto da APS. Por fim, são apresentadas as considerações finais da tese.

SUMÁRIO

	Pág.
1 INTRODUÇÃO	23
2 REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1 O direito humano à alimentação adequada no contexto de organizações internacionais	25
2.2 O direito humano à alimentação adequada no Estado brasileiro e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional	27
2.3 Atenção primária à saúde: cenário de implementação de políticas públicas e ações coletivas	32
2.4 A educação alimentar e nutricional na atenção primária à saúde	35
3 OBJETIVOS	38
3.1 Objetivo Geral	
3.2 Objetivos Específicos	
4 PERCURSO METODOLÓGICO	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
Artigo I – ComiDHAA de verdade para todos: desafios para a efetivação da alimentação como um direito humano no cenário de crises no Brasil	50
Artigo II – Alimentação: um direito humano em disputa - focos temáticos para compreensão e atuação em segurança alimentar e nutricional	71
Artigo II – “ <i>A alimentação é feita para todos</i> ” - o direito humano à alimentação adequada em foco: concepções e atuação de profissionais da atenção primária à saúde	108
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS	142
ANEXOS	152
Anexo 1 – Roteiro de Entrevista	
Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Anexo 3 - Termo de Aprovação Ética do Projeto de Pesquisa	

1 INTRODUÇÃO

“O direito de ser humano é negado todos os dias para milhões de pessoas como resultado da pobreza e da falta de recursos básicos, como comida, emprego, água, abrigo, educação, cuidados com a saúde e um ambiente saudável.”

(Nelson Mandela - trecho do último discurso à Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 1998)

A alimentação é um direito fundamental e inerente à dignidade da pessoa humana, um dos grandes princípios jurídicos que orienta os direitos humanos (FAO, 2010) e que está estabelecido na Constituição Federal brasileira de 1988. A alimentação e a nutrição adequadas são requisitos básicos para promoção e proteção da saúde e possui em sua essência a discussão de garantia a vida e a cidadania, conectadas a realidade social das pessoas (Nunes, 2008; Arruda e Arruda, 1994). Em vista disso, o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é, ao lado da soberania alimentar, um dos princípios aos quais se subordina o objetivo da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (Maluf, 2009). Nos termos de Valente (2002), o direito humano à alimentação é um direito de todos os cidadãos a ser garantido por meio de políticas de SAN, que por sua vez, são uma responsabilidade do Estado e da sociedade. Ele considera o direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente. Sua base tem práticas alimentares promotoras da saúde que respeitam os aspectos ambientais, culturais, econômicos e sociais (Brasil, 2006). Por essa razão, assegurar a alimentação significa assegurar o direito elementar à vida (Maluf, 2009).

Por sua vez, situações de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) podem ser identificadas a partir da fome, obesidade, doenças associadas à alimentação inadequada, consumo de alimentos prejudicial à saúde, estrutura de produção de alimentos predatória em relação ao ambiente, bens essenciais com preços abusivos e imposição de padrões alimentares que não respeitem a diversidade cultural (Brasil, 2006).

Neste sentido, os direitos humanos, a democracia, o Estado de Direito e a boa gestão pública são componentes da Diretriz nº 1 do conjunto de diretrizes voluntárias em apoio à realização progressiva do DHAA, no contexto da SAN nacional, proposta pela Organização das Nações para a Alimentação e a Agricultura (Fao, 2015a).

A questão da alimentação e dos problemas alimentares contemporâneos, constitui um terreno fértil para reformular as relações entre Estado e sociedade. O ajuste estrutural neoliberal e as políticas comerciais facilitaram o controle do sistema alimentar mundial por corporações agroalimentares que cada vez mais concentram o domínio da

terra e da produção de alimentos, contribuindo para a expulsão de milhões de pequenos produtores de suas terras e por transnacionais que passaram a dominar a distribuição dos alimentos, limitaram o poder de escolha dos consumidores (Haddad et al., 2016).

Estudos realizados em diferentes regiões do mundo mostram que as pessoas mais vulneráveis à violação do direito humano à alimentação são as que vivem em situação de insegurança alimentar grave, de origem latina (Kersey e Cutts, 2007), com cor da pele preta ou parda (Kaiser et. al. 2003), e que possuem baixa escolaridade (Carter et al., 2010), renda baixa (Cutler-Triggs et al., 2008) e sua alimentação é inadequada (Rosas et al., 2009; Shoaie et al., 2007). Além disso, a expressão da IAN perpassa as desigualdades sociais, étnico-raciais e de gênero, a falta de acesso e a disponibilidade aos alimentos saudáveis, o consumo de alimentos de qualidade nutricional inadequados, as doenças e agravos que se reverberam no comprometimento das condições de saúde (Rocha *et al.*, 2013; Brasil, 2011a).

Deste modo, no que se refere à existência de problemas nutricionais característicos da transição nutricional, verifica-se na América Latina a marcante desigualdade social e a consequente situação de IAN (Fao, 2015b). Tal cenário gera para os governos um grande desafio de investimento econômico e de infraestrutura no enfrentamento das vulnerabilidades sociais e de saúde, exigindo do Estado a gestão de serviços de saúde com maior efetividade, eficiência e promoção de equidade (Paim et al., 2011).

Neste sentido, a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) constitui um suporte essencial que integra diferentes abordagens para a promoção da saúde, especificamente para ações de promoção da SAN, principalmente, em países de baixa e média renda afetados pelas desigualdades sociais em saúde (McNulty, 2013; Cervato-Mancuso et al., 2012; Paho/Who, 2007).

O Brasil, nos últimos 10 anos tornou-se um país importante na promoção do DHAA, desde o seu reconhecimento até a construção de garantias jurídicas, programáticas, orçamentárias e democráticas para sua efetivação. Deste modo, foram criadas políticas públicas, como a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) que busca alcançar outros direitos sociais, em dimensões historicamente desafiadoras no cenário brasileiro, como a geração de emprego e renda, moradia, saneamento básico, a diminuição das desigualdades, a produção de alimentos que favoreça a construção de um sistema alimentar mais justo e sustentável para os produtores, comerciantes e consumidores.

Portanto, há a necessidade de compreender a importância dos aspectos jurídicos e legais para a garantia e efetivação do DHAA, que por sua vez, passam pela forma como o Estado se organiza para a implementação de políticas públicas a partir da realização de serviços e ações de saúde. Essa questão de gestão dos serviços públicos é um elemento estratégico de efetivação dos direitos humanos reconhecidos constitucionalmente (Aith, 2007).

Embora a literatura relacionada à SAN seja abundante, ainda permanece a lacuna de estudos no campo da saúde pública que discutam a alimentação como um direito e suas implicações para a saúde da população. Assim, esta tese apresenta-se como necessária para explorar e compreender esse campo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O direito humano à alimentação adequada no contexto das organizações internacionais

Em 2011, 1,02 bilhão de pessoas (14,3% da população mundial) se encontravam em situação de fome no mundo (Fao, 2011). Em 2015, segundo o relatório sobre "Estado da Insegurança Alimentar no Mundo", o número de pessoas nessa situação caiu para 795 milhões. Apesar desta diminuição, cabe destacar que ainda existem populações vulneráveis à IAN, com bolsões de miséria e fome em algumas regiões do mundo, como no oeste da Ásia, África central e África Subsaariana (Fao, 2015b).

O relatório da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação - FAO (2015) destaca que, na América Latina treze países conseguiram alcançar a meta de reduzir pela metade, no período de 1990 a 2015, a proporção da população que sofre de fome. Trata-se de uma das oito metas que compõem os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), e visam o enfrentamento de questões ligadas aos direitos humanos, como a alimentação, meio ambiente e desenvolvimento, direitos das mulheres, direitos sexuais entre outros (Onu, 2016).

Dentre os países que alcançaram o cumprimento desta meta estão Bolívia, Guiana, Panamá, Peru, Suriname, com destaque para alguns países como o Brasil, Argentina, Chile, Costa Rica, México, Uruguai e Venezuela, nos quais se verificou que as taxas de fome estavam abaixo de 5%. Ainda assim, países como Colômbia, Equador, Honduras, Paraguai, Guatemala e El Salvador permanecem com cenários muito vulneráveis que precisam ser enfrentados e superados. O relatório também apontou que

as populações mais afetadas pela IAN estão em regiões da África, alguns países da Ásia e da América Latina (Fao, 2015b).

No âmbito internacional, a FAO tem se apresentado como uma organização importante para o reconhecimento e garantia do DHAA entre os diversos países do mundo. Em 2014, foi publicado o ‘Marco Estratégico Global para a Segurança Alimentar e Nutricional’, um consenso global produzido sistematicamente pelos governos, com o objetivo de conferir centralidade ao DHAA e aos direitos humanos no âmbito programático de políticas relevantes para a SAN nos níveis global, regional e nacional. O documento reporta, explicitamente, a integração dos princípios dos direitos humanos nas políticas e programas relativos a SAN, como a participação, a prestação de contas, a não discriminação, a transparência, a dignidade humana, a delegação de poder e o estado de direito. Apresentaram a necessidade de dar atenção prioritária aos produtores de alimentos em pequena escala (Fao, 2014b).

Este ‘Marco Estratégico Global para a Segurança Alimentar e Nutricional’ aponta sete passos que podem ser considerados como estratégias práticas para efetivação do DHAA nos países. Eles vão desde a identificação de quem sofre de IAN, onde vivem e por que passam fome, a avaliação e monitoramento de políticas, instituições, legislação, programas e dotações orçamentárias existentes até o estabelecimento de mecanismos de prestação de contas e de demandas, que podem ser de cunho judicial, extrajudicial ou administrativo, visando capacitar detentores de direitos para responsabilizar governos e garantir que alguma ação corretiva possa ser empreendida sem demora, quando políticas ou programas não estiverem sendo implementados ou que não estiverem oferecendo os serviços esperados.

Em 2016 foi aprovada pela Assembleia Geral da ONU a Década de Ação pela Nutrição (2016 a 2025), que visa reforçar as ações de alimentação e nutrição no mundo, reconhecer a necessidade de erradicar a fome no mundo e evitar as diversas formas de nutrição inadequadas. Esta ação recorre à FAO e a Organização Mundial da Saúde (OMS) para liderarem a implementação da Década de Ação pela Nutrição, conjuntamente com o Programa Mundial de Alimentos (PMA), com o Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (FIDA) e com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), além do envolvimento de mecanismos de coordenação, como o Comitê Permanente das Nações Unidas para a Nutrição (UNSCN) e plataformas que reúnem diferentes parceiros, a exemplo do Comitê Mundial de Segurança Alimentar (CSA) (Onubr, 2016).

Essa decisão possibilita e reforça a incorporação de ações de alimentação e nutrição nas políticas e programas nacionais, além de permitir a produção de discussões no âmbito dos governos, das universidades e da sociedade sobre a proteção e efetivação do DHAA.

2.2 O direito humano à alimentação adequada no Estado brasileiro e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

A alimentação é um direito humano reconhecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), documento que serviu como base para dois importantes tratados sobre direitos humanos da Organização das Nações Unidas (ONU): o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC). Este último foi muito importante para a construção do reconhecimento e da garantia do direito humano à alimentação no Brasil (Abrandh, 2013).

O Estado de Direito brasileiro reconhece e protege em sua Constituição Federal (CF) os direitos civis, políticos e sociais, conforme descritos nos art. 5 e art. 6 (Brasil, 1988). A partir da promulgação da Emenda Constitucional nº 64, em 4 de fevereiro de 2010, no art. 6 da CF a alimentação está expressa como um direito social:

são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (grifo nosso)

Cabe destacar a complementação desse artigo, com o art. 196 da CF, que apresenta o meio pelo qual esses direitos, a exemplo da saúde, deverão ser garantidos:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Nesse sentido, as exigências constitucionais e políticas assumidas pelo Estado brasileiro, bem como os compromissos definidos em tratados internacionais têm contribuído para o reconhecimento e garantias jurídicas, programáticas e orçamentárias do DHAA. Assim, podemos identificar que o desenvolvimento político-normativo da alimentação como um direito humano fundamental se apresentou em contínua progressão no cenário brasileiro na última década.

O Brasil tem buscado construir, por meio do planejamento intersetorial e da participação social, um arcabouço normativo para a proteção e efetivação do DHAA. O país tem avançado para a universalização de políticas públicas de combate à fome, à miséria e à pobreza, visando a garantia de acesso à alimentação adequada, principalmente por meio da agenda da SAN (Brasil, 2011a; Albuquerque, 2009). As ações programáticas de SAN têm destaque na construção e na garantia do DHAA, principalmente, no período de 2003 a 2015, no âmbito governamental e nos espaços de participação dos diversos segmentos da sociedade civil organizada como, por exemplo, nas conferências nacionais de SAN (Consea, 2015).

Em 2014, o Brasil saiu do Mapa da Fome e foi o primeiro país em desenvolvimento a colocar a fome e a pobreza no centro das suas políticas públicas, a exemplo de investimentos em programas de transferência de renda condicionada, como o Bolsa Família, o Programa Nacional de Alimentação Escolar, o Programa de Agricultura Familiar e o Programa Cisternas que apoia a captação de água para consumo humano e produção de alimentos em regiões de seca, sinaliza o escopo intersetorial das estratégias e ações voltadas para a SAN e visa a garantia do direito à alimentação (Fao, 2014c).

Entre os anos 2011 e 2014, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS recebeu 345 missões de 92 países para compartilhar experiências do Brasil no combate à fome e à pobreza, sendo que 88% desses países eram latino-americanos, caribenhos e africanos. Tal movimento pode contribuir fundamentalmente para a cooperação Sul-Sul, uma cooperação horizontal entre países em desenvolvimento, e também para o enfrentamento conjunto da situação de IAN presente nesses países (Brasil, 2015a).

No Brasil, a incorporação jurídica dos acordos firmados em âmbito internacional pode ser verificada por meio de leis internas, como a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional nº 11.346, de 15 de setembro de 2006 (LOSAN), que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), uma importante ferramenta para realização do DHAA e, também, para a efetivação dos deveres do poder público de respeitar, proteger, promover, prover, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do DHAA, com vista a garantia de mecanismos para sua exigibilidade.

Com o Decreto nº 6.272, de 23 de novembro de 2007, regulamentou-se o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), órgão

fundamental de articulação entre o governo e a sociedade civil, na proposição, implementação, acompanhamento e monitoramento das ações inerentes à Política Nacional de SAN. No mesmo ano, foi publicado o Decreto nº 6.273, de 23 de novembro de 2007, que criou a Câmara Intersectorial de SAN (CAISAN). Desse modo, se instituiu as instâncias fundamentais para a operacionalização do SISAN. O Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e estabelece os parâmetros para a elaboração do I Plano Nacional de SAN 2012/2015 tratando na sua 5ª Diretriz do “*Fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção a saúde, de modo articulado as demais ações de SAN*” e esclarecendo, em seus objetivos, as ações previstas: (1) controlar e prevenir os agravos e doenças consequentes da SAN; (2) promover o controle e regulação de alimentos; (3) estruturar a atenção nutricional na rede de atenção à saúde; e (4) fortalecer a vigilância alimentar e nutricional.

Além disso, o Plano Nacional de SAN 2012/2015 em seu Capítulo 3 trata do SISAN como um sistema público em implementação no Brasil, que reúne diversos setores de governo em órgãos intersectoriais como a CAISAN e seus congêneres nas esferas estaduais e municipais, bem como instâncias de participação social na forma de conferências e de conselhos. Nessas instâncias participam representantes de organizações da sociedade civil sem fins lucrativos e do setor privado, especialistas e profissionais de formação variada e gestores públicos, cujo objetivo é construir proposições voltadas para a proteção e garantia do DHAA (Brasil, 2011a).

O SISAN representa um novo marco institucional que lançou bases para que o Brasil organizasse, de maneira articulada, um conjunto de políticas públicas de SAN que pudessem, ao mesmo tempo, contribuir para o enfrentamento da fome e da desnutrição, bem como promover a produção diversificada e sustentável de alimentos e o acesso universal a uma alimentação adequada (Brasil, 2011a).

Uma das primeiras providências tomadas para a consolidação desse sistema foi a criação, no governo federal, da Ação Orçamentária de Apoio à Implantação e Gestão do SISAN, permitindo que se repassasse recursos para os Estados e Distrito Federal, com o intuito de subsidiar ações organizativas que resultassem na apropriação dos conceitos e fundamentos do SISAN e no desenvolvimento dos marcos legais nessa esfera governamental, com participação dos conselhos, visando a adesão ao sistema (Brasil, 2011b).

Em 2015, no âmbito político-normativo brasileiro, foi firmado o Pacto Nacional para Alimentação Saudável, uma conquista relevante para a PNSAN. Esse pacto foi instituído pelo governo brasileiro por meio do Decreto nº 8.553, em 03 de novembro de 2015, durante a realização da 5ª Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional. A finalidade desse pacto é ampliar as condições de disponibilidade e consumo de alimentos saudáveis e combater o sobrepeso, a obesidade e as doenças decorrentes da alimentação inadequada que acometem parte da população brasileira (Brasil, 2015b).

Cabe destacar outros pontos fundamentais que foram discutidos e apresentados na 5ª Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional, como a compreensão do que é comida de verdade, o fortalecimento da luta por sistemas agroalimentares mais equilibrados, o acesso à terra e à água, e a amamentação como um direito (Consea, 2015).

Mas afinal, o que o Brasil considera em seus documentos oficiais como direito à alimentação, segurança alimentar e nutricional, e alimentação adequada?

O direito humano à alimentação:

“é o direito inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva” (Brasil, 2010, p. 27).

Esse direito está formalmente expresso na LOSAN, que em seu art. 3º define segurança alimentar e nutricional 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 da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis” (Brasil, 2006).

A definição de alimentação adequada foi produzida durante a III Conferência Nacional de SAN em 2007, como sendo:

“é a realização de um direito básico, com garantia ao acesso permanente e regular, 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), dimensões de gênero e etnia, e formas de produção

ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos e biológicos e organismos geneticamente modificados” (Consea, 2007, p. 31).

Documentos norteadores de estratégias para ações em alimentação, nutrição e promoção da saúde, como o Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (2012) e a Política de Promoção da Saúde (2014), trazem como pressupostos os direitos à saúde e à alimentação. Assim, a utilização dessas definições fortalece a amplitude do DHAA tanto no guia quanto no marco, que são instrumentos norteadores para planejamento, gestão e execução de ações de alimentação, cujo objetivo é de apoiar e incentivar práticas alimentares saudáveis no âmbito individual e coletivo (Brasil, 2014a; 2012b; 2014b).

O 2º Plano Nacional de SAN para o período de 2016 a 2019 foi aprovado em 05 de maio de 2016 pela CAISAN. Ele é composto por nove desafios que estruturam as suas 121 metas e 102 ações. Dentre as principais demandas que são apresentadas no documento está o enfrentamento da obesidade e do sobrepeso enquanto problemas decorrentes da alimentação inadequada, o combate a IAN de grupos populacionais específicos, como quilombolas e indígenas, e a ampliação da produção, do abastecimento e do consumo de alimentos saudáveis, visando promover melhores hábitos alimentares para a população brasileira. Além disso, a redução da pobreza e a ampliação do acesso à água também estão contidas no documento, bem como a consolidação do SISAN e a promoção de maior diálogo internacional. Das estratégias expressas para o enfrentamento do cenário de IAN no país, cabe destacar a educação alimentar e nutricional e as medidas regulatórias (Brasil, 2016).

Considerando alguns avanços, sem deixar de lado o construto histórico da complexa realidade alimentar brasileira e suas profundas marcas de desigualdades. Políticas públicas necessitam ser concebidas para que a promoção do DHAA seja construída e efetivada. O grande desafio que se coloca é “o que” e “o como fazer”, para que tais políticas de fato deem conta das questões fundamentais da alimentação e nutrição, de forma associada à promoção de processos que realizem o enfrentamento das situações de IAN, de modo a contribuir principalmente para mudanças estruturais na sociedade. O cenário atual brasileiro aponta para o escamoteamento das políticas públicas sociais e anuncia processos de instabilidade na garantia dos direitos humanos fundamentais. Assim, ecoa a contínua necessidade da discussão do papel do Estado e do desmonte dos espaços institucionalizados de participação da sociedade, principalmente,

no que tange ao atual modelo adotado para a sustentação das políticas públicas sociais. O modelo adotado atualmente (2016-2017) se diferencia dos princípios que devem ser mantidos e das características que precisam ser preservadas para a garantia de direitos sociais, com a abordagem das ações e serviços orientados para o que é público (Fleury, 2011).

Importante lembrar que o DHAA e os demais direitos humanos fundamentais estão em disputa todo o tempo, no plano teórico-conceitual, na construção ou permanência de princípios ou também no âmbito da formulação e implementação das políticas públicas (Burlandy e Bodstein, 1998), na medida em que a organização social e política, e as relações de poder se rearranjam em uma sociedade, constituindo-se num campo em permanente construção.

2.3 Atenção primária à saúde: cenário de implementação de políticas públicas e ações coletivas

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os profissionais da atenção primária compõem o grupo de atores envolvidos na efetivação das garantias dos direitos humanos, sobretudo o direito humano à alimentação e são responsáveis pela operacionalização de diversas políticas públicas no seu cotidiano de trabalho. Isso exige a construção de uma cultura organizacional democrática, a valorização do equilíbrio dinâmico entre os saberes dos campos disciplinares e da população, além de uma postura técnica, social, administrativa e política mais crítica mediante as suas práticas (Cunha e Campos, 2011; Pierantoni, 2001). Assim, dar ênfase na perspectiva dos atores sociais da vida concreta e em sua capacidade de ação possibilita conhecer como são construídos o conhecimento e as práticas locais de saúde e fornecer subsídios para a constituição das políticas públicas (Langdon, 2014).

Nos cenários de periferias, comuns aos grandes centros urbanos, os profissionais da saúde possuem um papel fundamental na construção e na luta para a concretização dos direitos humanos, tanto pela sua responsabilidade técnica como pelo seu papel enquanto um ator social (Silva e França Junior, 2015). A Atenção Primária à Saúde (APS) é o cenário local de atuação profissional mais próximo da comunidade e da população, o que possibilita maior participação social na implementação de políticas públicas, em prol de mudanças e de justiça social, tendo como foco a redução da pobreza e a diminuição das desigualdades (Giovannella e Mendonça, 2012; Opas, 2009).

A APS tem como finalidade ser coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, tendo como potencial a capilaridade e a capacidade de identificação das necessidades de saúde da população, além de ter sob sua responsabilidade a organização da atenção e o cuidado nutricional dos usuários, na perspectiva da promoção da saúde. Ela deve representar o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde e orientar-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade e integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Giovanella e Mendonça, 2012).

No âmbito do SUS, as políticas públicas e as ações coletivas realizadas por profissionais no cenário da APS podem se configurar de diferentes formas sobre a realidade, por serem resignificadas em diferentes projetos políticos adotados pelos gestores para a prestação de serviços de saúde e também por se construírem por meio de relações sociais conformadas nos modos de vida da população (Silva e França Junior, 2015).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), vertente brasileira da APS, as ações sejam elas no âmbito individual ou coletivo estão voltadas para a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, bem como diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (Brasil, 2012a). Essas ações podem ser desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas, participativas e que prezam a autonomia. O trabalho na APS sugere ações em equipe, dinamicidade entre as pessoas e conexão com o território, com o modo de vida das populações, com o emprego de tecnologias leves, não menos complexas, que buscam resolver os problemas de saúde (Slomp Junior, Feuerwerker e Merhy, 2015).

A ESF reforça a sua responsabilidade na atenção à saúde com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que se propõe a atuar conjuntamente a partir da interdisciplinaridade, da intersetorialidade, da educação popular, do conhecimento do território, da integralidade, do controle social, da educação permanente em saúde, da promoção da saúde e da humanização (Brasil, 2012a; Jaime et al., 2011); que possibilita o desenvolvimento de estratégias que potencializem ações integradas no plano microterritorial, de forma a contribuir para a construção de políticas e programas no âmbito local comunitário e familiar, onde as questões que afetam a alimentação e nutrição operam de forma indissolúvel do cotidiano de vida da população (Rocha et al., 2013).

No contexto da atenção primária à saúde, a atenção nutricional pode ser desenvolvida a partir de diversas ações de promoção da saúde, considerando políticas públicas de alimentação e nutrição voltadas para a orientação do setor saúde, como a vigilância alimentar e nutricional, o programa bolsa família por meio do cumprimento das suas condicionalidades (saúde), a suplementação de carências nutricionais (vitamina A, B, ferro), a implementação das orientações do guia alimentar para a população brasileira e das estratégias para amamentação exclusiva. Ações intersetoriais com a educação, por meio da promoção alimentação adequada no ambiente escolar (programas: cantinas escolares saudáveis, saúde na escola, criança feliz); as linhas de cuidado para a prevenção e o controle da obesidade e das doenças crônicas; e a partir dos modos de vida saudáveis, a atividade física (academias da saúde) (Brasil, 2017).

Dentre as estratégias para a alimentação e nutrição estão as ações coletivas, que se destacam por serem espaços locais potentes, nos quais as pessoas encontram as redes sociais que podem impulsionar o sucesso dessas ações e fomentar a sua sustentabilidade no tempo (Mendes e Seixas, 2005). Entretanto, trata-se de espaços desafiantes de serem construídos quando considerada a lógica dos serviços, onde persiste a produção quantitativa de consultas e de procedimentos individuais, além das dificuldades reais, por serem espaços que requerem tempo de preparo e organização para a ação (Ferreira e Kind, 2011).

Desse modo, as ações coletivas realizadas no contexto da APS enfrentam desafios importantes para a efetivação do DHAA, como o acesso, a disponibilidade e consumo de alimentos de qualidade nutricional adequada, o enfrentamento das doenças e os agravos associados à alimentação inadequada que, atualmente, se expressam em situações de comprometimento da saúde das populações tanto nos aspectos físicos e biológicos, como nos sociais e econômicos, a exemplo da obesidade, hipertensão, diabetes, desnutrição, anemia, hipovitaminoses, diarreia, infecções respiratórias e parasitoses que se somam às diferentes realidades brasileiras (Brasil, 2016; Rocha et al., 2013; Brasil, 2011a).

O cuidado em alimentação e nutrição nos serviços de saúde da APS configura-se como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais. No Brasil é especialmente dentro da ESF, composta por uma equipe multiprofissional que tem por atribuição garantir a atenção integral de uma população adstrita, ampliada pela equipe dos NASF que reforçam ferramentas de cuidado como o apoio matricial, os projetos terapêuticos singulares e os grupos educativos (Brasil, 2014c).

Dentre os desafios da nutrição no SUS, na interface entre a saúde e a SAN, estão apresentadas dificuldades políticas, institucionais e operacionais pra concretização das políticas públicas que visam à garantia do direito humano à alimentação (Rigo et al., 2016).

2.4 A Educação alimentar e nutricional na atenção primária à saúde

A FAO aponta a educação alimentar e nutricional como importante estratégia de sensibilização, atitudes e habilidades em torno de uma alimentação saudável, além de estimular as organizações internacionais, os governos, o setor privado e a sociedade civil para desenvolverem ações educativas de alimentação e nutrição (Fao, 2013).

A EAN apresenta três componentes importantes a serem considerados: a prestação de informações por meio de estratégias de comunicação, como campanhas de informação, aconselhamento dietético em ambientes de serviços de saúde; a formação de habilidades capazes de permitirem que os consumidores ajam sobre a informação fornecida; e um ambiente alimentar que proporcione escolhas saudáveis, como a disponibilidade diversa de alimentos e o marketing de alimentos regulados (Fao, 2013; Brasil, 2012b).

Considerando que a alimentação integra ações intersetoriais e dentre elas estão as ações de saúde e educação, na América Latina, tem sido comum usar o termo EAN, cujo significado reconhece a complementaridade aos determinantes físicos, emocionais, culturais, sociais e biológicos da alimentação adicionais à nutrição (Olivares, 2011; Oliveira e Oliveira, 2008). O conceito da EAN está em processo de construção, visto que diferentes termos têm sido incorporados ao seu escopo, dentre os quais se podem citar: educação nutricional, orientação nutricional e reeducação nutricional. São vários os autores, que tem feito propostas para chegar a uma definição abrangente e suficientemente específica da EAN. As iniciativas incorporam posturas de interesse científico e institucional, que incluem, por exemplo, o relatório técnico de revisão de McNulty (2013)¹, utilizado pela FAO, e o marco brasileiro específico da EAN para as políticas públicas (Brasil, 2012b). Também se observam aproximações para a definição da EAN a partir da perspectiva do profissional.

¹ Ela faz uma revisão dos autores mais citados no mundo, entre eles destaca a pesquisadora norte-americana Isobel Contento, cujos trabalhos se destacam por incluir na noção da educação nutricional o componente político, além de seguir o modelo teórico comportamentalista.

No Brasil, o governo federal através do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome elaborou o Marco de Referência de EAN para as Políticas Públicas (2012). Este documento orienta conceitos, princípios e diretrizes que visam contribuir para a construção de práticas referenciadas a serem traduzidas em eixos, ações e programas de EAN mais qualificados. Destaca o diálogo e o encontro entre pessoas como principais instrumentos da EAN (Amparo-Santos, 2013; Brasil, 2012b). Além disso, enfatiza a elaboração de definição para a EAN no marco das políticas públicas considerando o

“contexto da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, é um campo de conhecimento transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa a promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. A prática da EAN deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar” (Brasil, 2012b, p. 23).

Sob um olhar mais abrangente do que acontece na APS relacionadas com as práticas educativas em alimentação, são pouco exploradas as perspectivas dos profissionais da saúde a respeito dessa temática, principalmente, numa abordagem de EAN para a realização da SAN e do DHAA no cotidiano da população (Vasconcelos e Magalhães, 2017). Estudos têm apontado que a postura do profissional de saúde tende a parecer uma fala legitimada e socialmente autorizada, o que torna as relações com os usuários assimétricas e prejudica o diálogo. Mesmo com tentativas mais dialógicas, as discussões tendem a estar em função do profissional, o que produz uma compreensão do fenômeno distanciada da perspectiva dos usuários (Lefevre e Lefevre, 2004).

No processo educativo com conteúdos de alimentação e nutrição, a responsabilização e o reconhecimento da importância deste tema para a saúde são elementos importantes para a produção de novos saberes e formas de desenvolvimento de atividades conduzidas a partir do cotidiano do serviço e da realidade dos usuários (Botelho et al., 2016). Segundo Olivares (2011), a formulação dos programas de EAN não se limita apenas à transmissão do conhecimento. No entanto, a sua avaliação apresenta dificuldades no momento de reconhecer e mensurar os resultados da EAN, fato possivelmente relacionado à centralização na perspectiva do profissional e não do usuário, tampouco na relação entre ambos.

Nesse sentido, tem-se a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as práticas atuais de EAN realizadas na APS, tendo como perspectiva as ações formadas

entre sujeitos sociais, a partir da construção de sujeitos ativos em saúde. É fundamental repensar as práticas de EAN considerando a equipe multiprofissional, bem como o usuário e o território, por serem elementos essenciais para o cuidado nutricional em saúde na APS (Junqueira e Cotta, 2014; Silveira, 2009). A partir disso, novas perspectivas podem ser considerados e construídos com base no conhecimento e na subjetividade dos diversos atores e cenários da EAN na APS que colaboram com a ampliação do cuidado nutricional em uma abordagem intersetorial e de integralidade da assistência (Jaime e Santos, 2014; Amparo-Santos, 2013; Pekelman, 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender como o direito humano à alimentação adequada se expressa no contexto da produção científica e no trabalho em saúde na atenção primária.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar os marcos políticos e jurídicos de construção do direito humano à alimentação adequada no contexto da SAN no âmbito internacional e no Brasil;
- ✓ Analisar na produção científica os focos temáticos e as estratégias de ação para a efetivação do direito humano à alimentação adequada;
- ✓ Analisar as concepções e a atuação dos profissionais da saúde da atenção primária sobre o direito humano à alimentação adequada;
- ✓ Identificar os desafios e as potencialidades que se apresentam para as políticas públicas de alimentação e nutrição (especialmente a PNSAN) e as ações coletivas realizadas pelos profissionais da saúde da atenção primária para a efetivação do direito humano à alimentação adequada, no setor saúde.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta tese é parte da pesquisa “Educação Nutricional na Atenção Primária à Saúde nas cidades de São Paulo e Bogotá” (FAPESP/processo nº 2012/02264-2) desenvolvida no grupo de pesquisa “Segurança Alimentar e Nutricional: formação e atuação profissional”. Os dados utilizados para análise foram do recorte da cidade São Paulo, pelo interesse da pesquisa da tese centrar-se no contexto brasileiro.

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, organizado em três artigos com objetivos distintos e complementares. No primeiro artigo realizou-se um ensaio crítico a partir dos marcos políticos e jurídicos do DHAA no contexto da SAN. No segundo artigo com base na produção científica foi feita uma revisão integrativa para conhecer o estado da arte do problema investigado. No terceiro artigo, para produção dos dados empíricos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas.

Artigo I

No ensaio crítico foram revisitados documentos internacionais da Organização das Nações Unidas que orientam a efetivação do DHAA nos países, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), as Diretrizes voluntárias em apoio à realização progressiva do direito à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional (2004), o Consenso global sobre o direito humano à alimentação adequada no marco estratégico para a SAN (2014) e relatórios sobre o estado de insegurança alimentar e nutricional no mundo de 2011 e 2015. No âmbito nacional, os marcos políticos e jurídicos considerados foram a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional - LOSAN nº 11.346/2006 que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada. O Decreto nº 7.272/2010 que regulamenta a LOSAN, institui a Política Nacional de SAN e estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de SAN. O Decreto nº 8.553/2015 que institui o Pacto Nacional para a Alimentação Saudável. Os relatórios finais das 3ª e 5ª Conferências Nacionais de SAN dos anos de 2007 e 2015, e os Planos Nacionais de SAN (2012-2015 e 2016-2019).

O texto foi organizado em três sessões. Na primeira, são apresentados os princípios fundantes dos direitos humanos relacionados ao DHAA. Na segunda, são discutidas as fragilidades participativas para a efetivação deste direito como via de justiça e transformação social, tomando como foco as conquistas político-normativas da

SAN no Brasil e, por fim, discutem-se os desafios para a efetivação da alimentação como um direito de todos diante do atual cenário de crises no Brasil.

Artigo II

Este estudo é uma revisão integrativa desenvolvida a partir da seleção sistemática da literatura científica. Os critérios de inclusão adotados para a revisão integrativa foram artigos originais advindos de estudos empíricos publicados no período de 2007 a 2016, conduzidos em diversas regiões do mundo e realizados em cenários urbanos, que incluíam crianças e/ou adolescentes como sujeitos de investigação. O intuito de investigar somente estudos com crianças e adolescentes foi de conhecer na produção científica, o quanto a SAN inclui na sua investigação as futuras gerações e a importância que isso apresentam para a compreensão da alimentação na perspectiva dos direitos humanos.

O método da revisão integrativa foi utilizado por nos permitir a construção de uma análise da produção científica com base em resultados de pesquisas, abordagens metodológicas e reflexões sobre a realização de futuros estudos, além de nos proporcionar a reflexão para a tomada de decisões com relação a intervenções. De acordo com Mendes et al., 2008, o propósito de uma revisão integrativa é obter um aprofundamento na compreensão de um determinado fenômeno com base em estudos anteriores e a partir das informações disponíveis. Neste estudo buscou-se a compreensão da alimentação enquanto um direito humano no contexto da SAN.

A busca bibliográfica dos artigos foi realizada na base de dados *PubMed*, do *National Center for Biotechnology Information (NCBI)*, uma das bases mais utilizadas na área das ciências da saúde que tem disponível principalmente literatura científica com abordagem biomédica e da ciência da vida. Essa base de dados foi escolhida com o intuito de conhecer o que a área biomédica (predominantes na área saúde) tem produzido e publicado sobre a alimentação. A busca ocorreu em três etapas (c.f. Figura 1).

Na Etapa 1 de identificação e escolha do descritor a ser utilizado (c.f. Figura 1), foi consultado o Descritor *Mesh (Medical Subject Headings)* recurso da base de dados *PubMed* para a identificação da terminologia padronizada que auxilia na definição dos assuntos e na recuperação dos artigos de interesse. No entanto, o termo encontrado foi *food supply*, pouco utilizado nos títulos, resumos e palavras-chave, de artigos sobre IAN que têm como foco a abordagem da alimentação e nutrição no contexto da saúde

pública. Assim, considerando o conhecimento dos autores sobre o tema, optou-se pelo uso do termo livre *food insecurity* mais presente nas publicações científicas de interesse do estudo. O intuito foi obter uma busca mais abrangente que permitisse capturar as demais variações do termo.

Assim, realizou-se a busca livre na base de dados com o termo *food insecurity*, a busca exata “*food insecurity*” e a busca avançada com a expressão *food AND insecurity*. Em adicional, optou-se por realizar também a busca livre com os termos *human right to adequate food*, *human rights dimensions of food* e a busca exata com “*human rights dimensions of food*” e “*human right to adequate food*”. Foram identificadas 12.950 publicações.

Após esse teste com os termos, selecionou-se alguns filtros da própria base de dados para aprimorar a busca, segundo o tipo de artigo (*journal article*), texto disponível (*free full text*), período de publicação (*10 years*), estudos realizados com humanos, nos idiomas inglês, espanhol e português, e idade (*child: birth-18 years*). Foram selecionados 1.281 artigos: 740 artigos disponíveis com o termo *food insecurity*, 258 “*food insecurity*”, 278 *food AND insecurity*, por fim, três artigos com *human right to adequate food* e dois artigos com *human rights dimensions of food*.

Os critérios de inclusão adotados para a revisão integrativa foram: 1) ser artigo original advindo de estudo empírico; 2) ter sido publicado no período de 2007 a 2016; 3) ter sido realizado em cenário urbano; 4) incluir na população de investigação crianças e/ou adolescentes não institucionalizados.

Na Etapa 2 (c.f. Figura 1) foi realizada a revisão manual, com leitura dos títulos e resumos dos 1.281 artigos segundo os critérios de inclusão, permaneceram na seleção 655 artigos. Dentre esses 655 artigos foi feita a checagem dos critérios de inclusão e mantiveram na seleção 169 artigos que foi realizado o *download* e leitura completa dos métodos. Houve a exclusão de 89 artigos: 25 por serem artigos de revisão, validação ou aprimoramento de escala para medir a IAN e avaliação de programas, e 64 artigos por serem estudos que mencionavam crianças e adolescentes no resumo, porém as análises foram realizadas apenas com adultos. Além disso, não permaneceram na revisão, artigos com comunidades tradicionais de pescadores, quilombolas e indígenas, área rural e restaurantes populares.

Figura 1 – Etapas da busca bibliográfica: identificação, seleção e análise dos artigos que compuseram a revisão integrativa. Base de dados PubMed, 2007-2016.

Assim, permaneceram na Etapa 3 (c.f. Figura 1) 80 artigos para leitura completa e extração dos dados. Dos 80 artigos foram extraídos os seguintes conteúdos para análise: ano de publicação; autores; títulos; as temáticas presentes nos títulos dos artigos; a abordagem metodológica do estudo; os países onde o estudo foi realizado; os cenários urbanos de investigação; os métodos utilizado para avaliação da situação de IAN; os aspectos relacionados a IAN descritos nos resultados; as conclusões e recomendações dos estudos.

Na organização e sumarização dos dados utilizou-se a elaboração de planilhas no Microsoft Excel 2010 e também foram realizadas análises estatísticas, com a produção de frequências e gráficos. Para a análise qualitativa de conteúdo foram feitas leituras sistemáticas e codificações para o agrupamento dos conteúdos semelhantes, bem como identificação das diferenças ou relações circulantes que descrevem o fenômeno estudado (Bauer e Gaskel, 2002).

O marco conceitual que norteou a análise dos dados teve como base o conceito do direito humano à alimentação adequada utilizado em documentos internacionais da Organização das Nações Unidas (Onu, 1999; Fao, 2015):

“O direito à alimentação adequada realiza-se quando cada homem, mulher e criança, sozinho ou em companhia de outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para sua obtenção. O direito à alimentação adequada não deverá, portanto, ser interpretado em um sentido estrito ou restritivo, que o equaciona em termos de um pacote mínimo de calorias, proteínas e outros nutrientes específicos. O direito à alimentação adequada terá de ser resolvido de maneira progressiva. No entanto, os Estados têm a obrigação precípua de implementar as ações necessárias para mitigar e aliviar a fome mesmo em épocas de desastres, naturais ou não”.

Artigo III

Este estudo tem abordagem qualitativa, no qual foram utilizados dados empíricos da pesquisa realizada com profissionais da saúde que desenvolvem grupos educativos com o tema da alimentação e nutrição no contexto da atenção primária. A pesquisa de campo ocorreu no período de maio de 2013 a julho de 2014. A produção dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas (Ferreira, 2014) e utilizou-se análise de conteúdo (Guerra, 2006).

Marco-conceitual

Com base nas diretrizes voluntárias da FAO em apoio à realização progressiva do direito à alimentação no contexto da SAN (Fao, 2015), considerou-se como marco

conceitual as publicações internacionais e nacionais que definem o direito humano à alimentação adequada e a SAN. Considerou-se a definição de educação alimentar e nutricional (EAN) para discutir a estratégia de ação para a atuação do profissional no contexto da APS.

A definição do DHAA utilizada foi a do Comentário Geral nº 12: *O direito humano à alimentação* do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da Organização das Nações Unidas (Onu, PIDESC – 1999, parágrafo 2, art. 11):

“O direito à alimentação adequada realiza-se quando cada homem, mulher e criança, sozinho ou em companhia de outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para sua obtenção. O direito à alimentação adequada não deverá, portanto, ser interpretado em um sentido estrito ou restritivo, que o equaciona em termos de um pacote mínimo de calorias, proteínas e outros nutrientes específicos. O direito à alimentação adequada terá de ser resolvido de maneira progressiva. No entanto, os Estados têm a obrigação precípua de implementar as ações necessárias para mitigar e aliviar a fome mesmo em épocas de desastres, naturais ou não”.

Para o contexto brasileiro a definição utilizada de SAN foi a que está expressa na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, art. 3:

“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 da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis”.

E, para a atuação profissional no cenário da APS foi utilizado o conceito de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) enquanto estratégia que integra aspectos do DHAA (Marco de Referência de EAN para as políticas públicas. Brasil, 2012, p. 23):

“EAN, no contexto da realização do direito à alimentação adequada e da garantia da SAN, é um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. A prática da EAN deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar”.

Construção do universo empírico e cenário de investigação

A construção do universo empírico teve como norte a busca de diversos cenários de Unidades Básicas de Saúde para aproximação de um panorama da APS e o acesso a

um grupo diverso de profissionais que apresentasse as condições necessárias para a explicitação da problemática investigada (Guerra, 2006; VÍctora et al., 2000).

A aproximação de campo foi construída a partir de reuniões junto a SMS, as coordenadorias e as supervisões técnicas para a apresentação do projeto; com as gerências das UBS, foi feito contato telefônico e eletrônico (via e-mail). As gerências das UBS sinalizavam quais profissionais da saúde que coordenavam ou desenvolviam grupos educativos sobre o tema da alimentação e nutrição, disponibilizavam os contatos telefônicos e eletrônico desses profissionais. Em seguida, esses profissionais eram convidados para participar do estudo e iniciava-se a apresentação do projeto e agendamento das entrevistas (via e-mail e contato telefônico).

Neste mapeamento dos profissionais de saúde foram fundamentais as informações disponíveis no site da SMS e o principal documento utilizado foi a Relação dos Estabelecimentos/Serviços da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica. Para realizar a pesquisa de campo, contou-se com o serviço de busca e visualização de mapas e imagens gratuitos na web, o *Google Maps* que auxiliou na localização das UBS. Esta estratégia foi utilizada na época, pois ainda não existia o atual sistema de localização de estabelecimentos de saúde da rede SUS do município de São Paulo-SP, o “Busca Saúde”. Para realizar as entrevistas nas UBS, os pesquisadores utilizaram a rede pública de transportes da cidade de São Paulo-SP (metrô, trem, ônibus e micro-ônibus).

A pesquisa de campo contou com a minha participação entre quatro pesquisadores treinados e com formação em nutrição (graduando (1) e pós-graduandos de mestrado (1) e doutorado (2)), que se reveessaram em duplas para a ida a campo.

As UBS que aceitaram participar da pesquisa se localizavam, principalmente, nas regiões mais periféricas do município (c.f. Figura 1).

Foram visitadas 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS) das cinco regiões da cidade de São Paulo-SP, inseridas no cenário de uma metrópole de 11.253.503 habitantes (São Paulo, 2014; IBGE, 2010), em que a estrutura organizacional da APS era composta pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), cinco Coordenadorias Regionais, 24 Supervisões Técnicas e 447 UBS gerenciadas por modelo jurídico de gestão público-privada com parceria entre a SMS e Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Figura 2 – Unidades Básicas de Saúde (n= 25) visitadas nas cinco regiões da cidade de São Paulo-SP para a produção dos dados empíricos. Brasil, São Paulo, 2013-2014.

Fonte: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano (SMDU), 2013.

Nas supervisões técnicas estavam distribuídas 270 UBS, que eram assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF); 1.277 equipes de ESF e 87 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Assim, a cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) no município na época da pesquisa era de 45% da população (São Paulo, 2014).

O estudo incluiu profissionais da saúde que compõem a equipe da ESF, exceto o nutricionista, com o intuito de conhecer outros profissionais que lidam com o tema da alimentação e nutrição no cotidiano da APS. Deste modo, buscou-se o avanço para um interesse multiprofissional e interdisciplinar constitutivo do campo da saúde pública.

Produção dos dados

O roteiro utilizado nas entrevistas semiestruturadas foi testado previamente com outros profissionais da saúde da APS. As informações que compunham o roteiro tratavam das características dos profissionais, data de nascimento, sexo, escolaridade, titulação, tempo de formado, região de atuação, função e tempo de trabalho, atividades que desenvolvia na UBS e o grupo educativo de que participava.

Com base na experiência empírica produzida no projeto do qual este estudo faz parte, foi apresentada no roteiro uma situação-problema que abordava uma casuística do cotidiano dos profissionais de saúde da APS. Uma situação ligada à saúde e alimentação (a obesidade) dentro de um contexto de grupo educativo da APS, que indagava o profissional sobre como ele agiria diante da situação apresentada:

“Carla, uma enfermeira de Saúde da Família, tem um grupo de emagrecimento, no qual participam donas de casa. No decorrer dos encontros, ela percebeu que as participantes apresentavam aumento de peso, algumas com obesidade, e tinham dificuldades de seguir suas orientações para uma alimentação saudável por não encontrar no mercado os alimentos recomendados ou, então, eles eram muito caros. Diante deste cenário, o que você faria?”.

Buscou-se com essa situação-problema abordar elementos sobre o processo permanente de educação alimentar e nutricional para a promoção da alimentação adequada na APS, valorizar o respeito às especificidades culturais, regionais e locais, e dar ênfase a disponibilidade e o acesso aos alimentos.

Foram realizadas 27 entrevistas, sendo que cinco delas foram compostas por duplas de profissionais que coordenavam um mesmo grupo educativo; totalizando 32 profissionais da saúde entrevistados. Houve perda de uma entrevista, por motivo de falha no instrumento de gravação do áudio no momento da entrevista, que foi

identificada posteriormente no momento de armazenamento dos dados. Assim, o material empírico é composto por 26 entrevistas, com 31 profissionais.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Parecer nº 22/2013) e conduzida segundo os aspectos éticos da Resolução CNS 466/2012. Os profissionais da saúde autorizaram sua participação mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 2).

As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e organizadas no Microsoft Office Word e Excel 2010.

Análise dos dados empíricos

Na análise dos dados adotou-se uma postura epistemológica analítica e de construção do sentido, entendido como sentido social. De tal modo, que a *“análise de conteúdo guiou a procura de interpretação da relação entre o sentido subjetivo da ação, o ato objetivo (as práticas sociais) e o contexto social em que acontecem as práticas em análise”* (Guerra, 2006, p. 31).

Para a imersão nos dados realizou-se três momentos de leituras; o primeiro foi uma leitura exploratória de todas as entrevistas, o segundo foi uma leitura cuidadosa e sistemática de cada entrevista, na qual se buscou extrair uma síntese dos conteúdos tratados em cada uma delas, e o terceiro momento foi a identificação dos conteúdos semelhantes, bem como as diferenças ou relações circulantes nas entrevistas que descrevem os fenômenos e opiniões (Guerra, 2006; Bauer e Gaskell, 2000).

A partir dos conteúdos que emergiram dos dados empíricos, elaborou-se três questões que nortearam a análise: Qual a concepção dos profissionais de saúde sobre as formas de apropriação da alimentação, na ótica do direito humano à alimentação adequada?; Qual o perfil dos profissionais da saúde na construção do discurso para a resolução da situação-problema?; e diante da situação-problema, quais foram as ações sugeridas pelos profissionais para a atuação no contexto da APS?

Após esse momento de imersão na leitura dos dados e a elaboração de perguntas, retornou-se ao marco conceitual e aos referenciais da análise de conteúdo. Em seguida, realizaram-se três ciclos de discussão e análise entre três integrantes da equipe de pesquisadores (graduanda (1) e doutorandas (2)). Em cada ciclo era apresentada e discutida a análise de três entrevistas por pesquisador, totalizando nove entrevistas por ciclo. Para guiar essa discussão e análise, foi elaborado um termo de referência com a

descrição do objetivo do estudo, o contexto estudado (no caso, a APS) e o marco conceitual utilizado.

Esse percurso de análise possibilitou a preparação dos dados que contou com a utilização do software N-Vivo (versão 10.0, QSR International©). Na codificação dos dados adotou-se um tipo de marcação característico de um estilo indutivo de investigação, empregado por uma análise interpretativa dos dados textuais, na qual os códigos têm função referencial e são sinalizadores para certas passagens de texto que informam sobre o fenômeno (Guerra, 2006; Bauer e Gaskell, 2000).

Aspectos éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa foram considerados os princípios éticos fundamentais para pesquisa que envolve seres humanos, descritos e estabelecidos pela Resolução CNS 466/2012 e suas complementares. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Parecer nº 22/2013, ANEXO 3). A pesquisa contou com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP/processo nº 2012/02264-2).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

ARTIGO I (ensaio submetido à Revista Phisys)

ComiDHAA de verdade para todos: desafios para a efetivação do direito humano à alimentação adequada no cenário de crises no Brasil

ComiDHAA de verdade para todos

Resumo

No cenário contemporâneo persistem diferentes faces da alimentação inadequada e violações do Direito Humano à Alimentação - DHAA desde fome à obesidade. A lógica capitalista constrói a tríade alimento-mercadoria-doença, que dificulta a efetivação da alimentação como um direito humano fundamental para concretização da saúde. O Estado brasileiro tem se destacado pelos avanços atingidos no reconhecimento e na criação de garantias para a efetivação do DHAA, nos últimos 13 anos. Contudo, esse direito ainda se encontra em processo de efetivação e contínua disputa, dado o avanço da crise econômica, política e social mundial e sua expressão no âmbito nacional. Este ensaio teve por objetivo tecer criticamente a análise de elementos importantes para a efetivação do direito humano à alimentação adequada, buscando como estratégia argumentativa os fundamentos dos direitos humanos e o contexto atual de crises na conjuntura político-brasileira. O texto se organiza em três sessões. Na primeira, são apresentados os princípios fundantes dos direitos humanos relacionados ao DHAA. Na segunda, são discutidas as fragilidades participativas para a efetivação deste direito como via de justiça e transformação social, tomando como foco as conquistas político-normativas da SAN no Brasil e, por fim, discutem-se os desafios para a efetivação da alimentação como um direito de todos diante do atual cenário de crises no Brasil.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Políticas Públicas. Segurança Alimentar e Nutricional. Saúde Pública.

Introdução

No âmbito da Segurança Alimentar e Nutricional - SAN, toda pessoa deve ter preservada a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada – DHAA (Brasil, 2006), nos aspectos da suficiência (proteção contra a falta de alimentos e a desnutrição), da qualidade (prevenção de doenças associadas à alimentação) e da adequação (apropriação às circunstâncias socioeconômicas, ambientais e culturais) nas relações entre os seres humanos e destes com a natureza (Maluf, 2009). Estes aspectos que integram o conceito de SAN são importantes, pois articulam a promoção da saúde, a cultura alimentar e a sustentabilidade econômica, social e ambiental (Ferraz, 2017; Burlandy *et al.*, 2011), elementos que estão sob constantes ataques no cenário contemporâneo.

Por sua vez, situações de Insegurança Alimentar e Nutricional – IAN podem ser identificadas a partir da *“fome, obesidade, doenças associadas à alimentação inadequada, consumo de alimentos de qualidade duvidosa ou prejudicial à saúde, estrutura de produção de alimentos predatória em relação ao ambiente, bens essenciais com preços abusivos e imposição de padrões alimentares que não respeitem a diversidade cultural”* (Brasil, 2006, p. 4).

A alimentação é um ato social, cultural e biológico que envolve aspectos comportamentais e afetivos, além de hábitos e substâncias as quais o homem utiliza para manter ou melhorar a sua saúde (Maciel, 2005).

A concepção de alimentação no Brasil, na perspectiva da SAN, aporta-se ao entendimento de que a alimentação adequada e saudável é

“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, considerando e adequando quando necessário o referencial tradicional local. Deve atender aos princípios da variedade, qualidade, equilíbrio, moderação e prazer (sabor), às dimensões de gênero, raça e etnia, e às formas de produção ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos e biológicos e de organismos geneticamente modificados” (CONSEA, 2007, p. 31).

Esta definição se fortaleceu recentemente com a noção de ‘comida de verdade’, como expressão de uma forma de organização social e de luta política, destacando as dimensões socioculturais da SAN que se aproximam da produção e do consumo de alimentos na perspectiva da sustentabilidade dos sistemas alimentares locais, buscando

estabelecer pontes entre o urbano e o rural, visando a soberania alimentar e a garantia dos direitos humanos em todo o curso da vida (Ferraz, 2017; Consea, 2015).

A alimentação será abordada neste artigo como um direito que todo ser humano deve ter à uma alimentação adequada e saudável. O direito humano à alimentação adequada e saudável abarca o acesso à informação, aos recursos financeiros ou naturais (terra, água) e a realização de outros direitos como saúde, educação, trabalho e lazer (CONSEA, 2015; Brasil, 2010). Além da disponibilidade e o acesso físico para o consumo, que são determinados pela maneira como o alimento é cultivado, processado e distribuído/comercializado (Magalhães, 2017; Monteiro e Cannon, 2012).

De acordo com a definição expressa no Comentário Geral nº 12/1999 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da Organização das Nações Unidas (ONU):

“O direito à alimentação adequada realiza-se quando cada homem, mulher e criança, sozinho ou em companhia de outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para sua obtenção. O direito à alimentação adequada não deverá, portanto, ser interpretado em um sentido estrito ou restritivo, que o equaciona em termos de um pacote mínimo de calorias, proteínas e outros nutrientes específicos. O direito à alimentação adequada terá de ser resolvido de maneira progressiva. No entanto, os Estados têm a obrigação precípua de implementar as ações necessárias para mitigar e aliviar a fome mesmo em épocas de desastres, naturais ou não” (parágrafo 2, art. 11).

Acabar com a fome e a miséria é a primeira meta da Organização das Nações Unidas - ONU para o alcance dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e a segunda meta dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que visam o enfrentamento de questões ligadas aos direitos humanos, como à alimentação, meio ambiente e direitos das mulheres. Segundo a *Food and Agriculture Organization* - FAO, no ano de 2011, 14,3% da população mundial (1,02 bilhão de pessoas) estava em situação de fome, considerada a face mais grave da IAN (Fao, 2011). Em 2015, houve diminuição do número de pessoas em situação de fome no mundo (795 milhões), mas, ainda permanecem populações vulneráveis em regiões do oeste da Ásia, África Central, África Subsaariana e alguns países da América Latina (Fao, 2015).

Mesmo com a diminuição da fome no mundo, continuam sendo necessárias diversas ações para a garantia do DHAA no âmbito global e local (Haddad *et al.*, 2016; Magalhães, 2017). Diante disso, a ONU definiu o período de 2016 a 2025 como a Década de Ação pela Nutrição, cujo objetivo é reforçar as ações de alimentação e

nutrição em escala global e local, reconhecer a necessidade de erradicar a fome e evitar as diversas formas de nutrição inadequada.

Ao analisar o Brasil, por exemplo, verificam-se os traços estruturais da desigualdade social e a consequente pobreza, ainda presentes em diferentes regiões do país, nos centros e periferias urbanas, além dos povos e comunidades tradicionais. Adicionalmente, verifica-se um incremento do sobrepeso e da obesidade, inclusive entre os mais pobres, com aumento no consumo de farinhas e gorduras, alertando que a qualidade da dieta da população não foi afetada diretamente de modo proporcional ao crescimento econômico do país e a alimentação não está adequada e saudável para todos (Hoffmann, 1995; Freitas e Penna, 2007). Assim, a redução da pobreza certamente contribuiu para minimizar a fome em vários países. Porém, estudo mostra que o desenvolvimento econômico de um país e o incremento na produção de alimentos não são suficientes para reduzir a desigualdade social, evitar a fome, melhorar a alimentação e garantir a saúde da população (Haddad *et al.*, 2016).

Atualmente, países em desenvolvimento, como o Brasil, experimentam uma transição nutricional marcada pela dupla face de questões ligadas a inadequações na alimentação. Coexistindo a desnutrição, as carências nutricionais, o sobrepeso e a obesidade associados a um conjunto de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (hipertensão, diabetes, câncer), que são atualmente sérios problemas de saúde pública. As DCNT têm sido responsáveis por 80% das mortes que ocorrem nos países em desenvolvimento (WHO, 2014), têm onerado o orçamento global dos Sistemas de Saúde Mundiais, particularmente, no Brasil, o Sistema Único de Saúde - SUS e o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, devido aos gastos públicos com o tratamento e a assistência a pessoas com essas doenças (Abegunde *et al.*, 2007).

Ao considerar que os gastos públicos neste setor devem estar voltados para o investimento e garantia da saúde e não somente de doenças, há a necessidade de investir e fortalecer o cuidado com a alimentação da população, tomando a Atenção Primária à Saúde - APS como cenário para essa prática. Por ser o ambiente com potencial para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, que podem contribuir para a diminuição das iniquidades em saúde e para a SAN (Rigon *et al.*, 2016).

A alimentação é considerada um dos determinantes do processo saúde-doença e compartilha de princípios comuns com a saúde enquanto direitos humanos fundamentais. Desta maneira, parte-se do pressuposto de que a SAN deveria ser uma das questões centrais para referenciar a saúde da população. Isto é fundamental, porque

as comorbidades anteriormente citadas interagem com o estado nutricional e, conseqüentemente, com a saúde física e mental, impactando diretamente na vida das pessoas e no crescimento e desenvolvimento de um país (Chilton e Rose, 2009).

Assim, a efetivação do DHAA tem um papel crucial na saúde dos cidadãos, tanto por meio da qualidade da dieta quanto do estado nutricional (Haddad *et al.*, 2016). Por impactar positiva ou negativamente na direção de um sistema de produção de alimentos saudáveis, de modo sustentável e justo que minimiza a produção de resíduos e respeita a biodiversidade, além de valorizar o homem do campo e a vocação cultural/local de produção. A alimentação pode ser considerada uma ação política, como forma de participação na esfera pública, por integrar um dos eixos estruturantes das ‘escolhas’ e das práticas de consumo (individuais e coletivas) que podem gerar implicações ambientais, sociais e econômicas (Castro, 2015).

Neste contexto, uma questão que merece destaque é a ‘escolha’ do alimento, por se tratar de um ato que não é somente individual, sofre influência dos desertos alimentares, do ambiente alimentar e da massiva força midiática e comercial. Muitas vezes, a ‘escolha’ de um alimento é influenciada pela publicidade/propaganda que transforma determinados produtos alimentícios e atrai o interesse de consumo por meio de técnicas de *marketing*, utilizam cores, embalagens, alegações (*claims*) na rotulagem e vinculam o alimento a imagens de um cotidiano feliz ou de sucesso, ou a um perfil de padrão estético, por exemplo (Monteiro e Cannon, 2012).

Assim, este ensaio teve por objetivo tecer criticamente a análise de elementos importantes para a efetivação do direito humano à alimentação adequada, buscando como estratégia argumentativa os fundamentos dos direitos humanos e o contexto atual de crises na conjuntura político-brasileira. O texto se organiza em três sessões. Na primeira, são apresentados os princípios fundantes dos direitos humanos relacionados ao DHAA. Na segunda, são discutidas as fragilidades participativas para a efetivação deste direito como via de justiça e transformação social, tomando como foco as conquistas político-normativas da SAN no Brasil e, por fim, discutem-se os desafios para a efetivação da alimentação como um direito de todos diante do atual cenário de crises no Brasil.

O DHAA a partir da abordagem dos direitos humanos

A alimentação adequada e saudável enquanto direito humano é um dos elementos inerentes à saúde que afirma o potencial de crescimento e desenvolvimento

humano com qualidade de vida e cidadania (Rios, 2013; Gruskin *et al.*, 2007). No intuito de conhecer essa relação entre alimentação e saúde faz-se necessário analisar as situações de IAN das populações tanto no âmbito individual quanto coletivo, por apresentarem determinantes relacionados às condições de vida e ao grau de desenvolvimento humano, social e econômico de um país (Kepple e Segall-Corrêa, 2011).

Os direitos humanos são metas desejáveis e fins que devem ser perseguidos (Bobbio, 1992). No entanto, há um caminho longo de conquistas a ser percorrido para a sua efetivação; sem deixar de considerar que houve avanços internacionais e nacionais importantes no reconhecimento e na criação de garantias jurídicas, programáticas, orçamentárias e participativas, principalmente, no período de 2006 a 2015 para o DHAA.

A relação entre os direitos humanos é reconhecida (Fao, 2014), mas na vida concreta o DHAA pode se esbarrar na concorrência com outros direitos também considerados fundamentais e que no momento de protegê-los e garanti-los requer dos titulares de obrigações articulação e opções políticas para realizá-los (Bobbio, 1992).

Alguns estudos permitem caracterizar os vulneráveis à condição de IAN, que em sua maioria são de origem latina, têm cor da pele preta ou parda, baixa renda, baixa escolaridade, vivem em condições de moradia e saneamento precárias e tem a saúde comprometida (Guerra *et al.*, 2013; Kaiser *et al.*, 2003). É possível, assim, observar que situações de IAN trazem em si marcas das desigualdades sociais, étnico-raciais e de gênero, da falta de acesso e disponibilidade aos alimentos saudáveis e o consumo de alimentos de qualidade nutricional inadequada (Rocha *et al.*, 2013).

Deste modo, ao tentar compreender questões ligadas a alimentação como a fome e outras inadequações alimentares deve-se ter o cuidado com as diferentes dimensões da SAN e ser sensível as suas faces fortemente subjetivas, que se constroem em um *continuum*, desde a vontade de comer (relacionada às necessidades fisiológicas do corpo biológico), passando pela nutrição inadequada (causada por desbalanço energético e/ou de nutrientes), chegando em necessidades históricas, culturais, psicológicas e espirituais do ato de alimentar-se, que denotam a incorporação da noção de dignidade humana (Valente, 2003). Isso posto, fica claro que a fome e outras inadequações alimentares sob uma concepção ampliada da alimentação e da saúde, constituem em violência ao ser humano e violação do direito à vida.

Considerando que os direitos humanos são indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados, quando há a violação de um direito, muito provavelmente há a violação concomitante de outros (Gruskin *et al.*, 2007). Deste modo, compreender que existem pessoas ou populações vulneráveis à IAN significa assumir a violação do DHAA e presumir a de outros direitos humanos fundamentais, como saúde, moradia, educação, trabalho (emprego e renda) e seguridade social. Esta vulnerabilidade está pautada na existência de relações sociais, fatores contextuais e aspectos individuais que, acompanhados da falta de aparatos, tanto governamentais quanto das instâncias de controle social e da ausência de participação social qualificada limitam a capacidade de ação dos sujeitos para gerar resiliência e garantir seus direitos (Ayres *et al.*, 2012), caracterizando-se em uma forma de minar a participação social para a construção de cidadania em diferentes cenários e contextos.

O reconhecimento dos direitos humanos é resultado de lutas sociais que vem ocorrendo há séculos. Esta luta é uma forma da sociedade colocar limites e regras para o abuso de poder, se posicionar soberana e contrária a qualquer tipo de exclusão, discriminação e opressão, e buscar transformação social.

Os direitos humanos são todos aqueles que permitem a pessoa humana viver em situação de igualdade e com liberdade como sujeitos políticos. Desta forma, lhe permite exigir o que está na lei ou aquilo que, embora não esteja, é necessário para que possa haver vida de forma digna. Assim, para legitimar tal premissa, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) reafirmada na Conferência de Viena (1993), expressa que os direitos humanos são abrangentes por se tratarem de direitos naturais do homem e uma vez fundamentados na constituição dos países, tornam-se direitos reconhecidos oficialmente como universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados, conforme expresso no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – PIDESC (1966).

Observa-se que princípios do DHAA, tais como participação social, prestação de contas e transparência, não-discriminação em favor da inclusão, respeito à dignidade humana, delegação de poder/responsabilidade e existência efetiva de um Estado de direito são reportados no ‘Marco Estratégico Global da FAO para a SAN’ (2014). No entanto, colidem com a dinâmica capitalista que mercadoriza o alimento e reifica o ato de se alimentar, produzindo a tríade alimentação-mercadoria-doença.

O processo de transformação do alimento em mercadoria é um traço importante do capitalismo contemporâneo e uma das chaves para explicar o atual cenário produtor

de doenças e de desigualdades econômicas e sociais, que impacta sobre os sistemas alimentares globais e impõe desafios no campo da saúde pública e na garantia de direitos humanos, como o DHAA (Machado *et al.*, 2016).

Apesar da alimentação adequada e saudável ser um direito inerente à pessoa humana, o que *per si* torna evidente a obrigatoriedade de sua garantia a todos os cidadãos. Como tal, deve ser cumprido pelo Estado Brasileiro e seus governantes devem executá-lo nos três níveis federativos. Assim, permanece a difícil tarefa dos Estados e seus agentes, no âmbito global e local, de limitar o dinamismo econômico à promoção de equidade social e à melhoria sustentável da qualidade de vida, na tentativa de reafirmar nas políticas públicas a lógica de bem humano fundamental.

Além disso, considerando que a informação e a participação da comunidade são princípios constitutivos desses direitos, cada cidadão e comunidade tem que ter acesso a informações e a instrumentos de participação social e de garantia de direitos para poder exigir ações do Estado e reparações em caso de violações de direitos. Deste modo, o acesso à informação fidedigna é fundamental para o processo educativo do ser humano e para o aprimoramento das noções de cidadania e democracia da sociedade (Aith, 2007).

Importante lembrar que, o DHAA e os demais direitos humanos fundamentais estão em disputa a todo tempo, no plano teórico-conceitual, na construção ou permanência dos seus princípios ou também no âmbito da formulação e implementação das políticas públicas (Burlandy e Bodstein, 1998), à medida que a organização social e política, e as relações de poder se rearranjam em uma sociedade. Assim, constituem um campo em permanente construção que desafia a sociedade a se reinventar frente às crises de legitimidade política, de representatividade e de interlocução entre Estado e sociedade, na busca de concretização da democracia como forma de efetivação dos seus direitos.

O DHAA nos marcos políticos-normativos da SAN no Brasil (2002-2016): fragilidades na participação popular para a sua efetivação

A efetivação de um direito se concretiza pela política e, no caso das políticas públicas, estas têm distintos suportes legais. As políticas públicas devem buscar dar concretude às normas por meio de uma arquitetura jurídica estruturante, na qual se destacam alguns elementos-chaves (fins, objetivos, princípios, diretrizes, instrumentos e sistema) e formas de sua realização (planos, programas e projetos). Isso ilustra a

compreensão de política pública como um quadro de ação governamental, cujo escopo é dar impulso à realização de algum objetivo de ordem pública, ou seja, de concretizar um direito (Bucci, 2006).

A institucionalização normativa de um direito é importante pelos efeitos que pode gerar na realidade da população, desencadeando a criação de um ordenamento jurídico nacional que implica não só na instituição formal do direito, mas também na disponibilização de mecanismos e instrumentos necessários à sua operacionalização (infraestrutura, recursos financeiros e humanos) (Machado *et al.*, 2015) que devem visar a justiça e a transformação social. A maneira como essas normas jurídicas são formuladas, por exemplo, com a participação da sociedade, mostra-se como condição fundamental para a consolidação democrática dos direitos sociais (Aith, 2007).

Nas Diretrizes Voluntárias da FAO (2004), a diretriz que trata da Política de Desenvolvimento Econômico do país (Diretriz 2), define que o Estado deve diagnosticar a situação de IAN e de outras patologias relacionadas ao consumo alimentar, estabelece como estratégia avaliar os marcos legais, as políticas, programas e ações, bem como, as medidas administrativas vigentes, priorizando a APS (Diretriz 3). Desta forma, o Brasil assumiu o compromisso perante a comunidade internacional de reconhecer a importância do DHAA para garantir a saúde da população, além de firmar a responsabilidade de transformar esse acordo em realidade nacional.

A promulgação da LOSAN constitui-se no primeiro marco jurídico para o DHAA. A LOSAN lançou bases para que o Brasil se organizasse de maneira intersetorial e participativa, criou o Sistema Nacional de SAN (SISAN) e instituiu a PNSAN com o objetivo de contribuir para o enfrentamento da fome e da desnutrição, promover a produção diversificada e sustentável de alimentos e garantir o acesso universal a uma alimentação adequada e saudável (Brasil, 2006).

A partir disso, a SAN passa a ser um objetivo público, estratégico e permanente, com características que a coloca entre as categorias nucleares para a formulação de opções de desenvolvimento de um país. Naquele momento, fica registrado o papel do Estado brasileiro de respeitar, proteger, promover, prover, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do DHAA, bem como de garantir os mecanismos para a sua exigibilidade e resposta em tempo oportuno à demanda (Brasil, 2006).

Visando criar no nível federal, instâncias que organizassem e elaborassem ações para a garantia do DHAA, em 2007, foi instituída a Câmara Intersectorial de Segurança Alimentar e Nutricional – CAISAN, que junto com o Conselho Nacional de Segurança

Alimentar e Nutricional - CONSEA integram o SISAN. Nessas instâncias participam representantes de organizações da sociedade civil sem fins lucrativos e do setor privado, especialistas e profissionais de formação variada e gestores públicos (Brasil, 2006).

Com o CONSEA e a CAISAN, lançou-se o desafio de replicar este modelo de organização de CAISAN nos Estados e Municípios a fim de consolidar o SISAN em todo o território nacional. Para isso foi elaborada, em 2008, no âmbito do governo federal, a ‘Ação Orçamentária: Apoio à Implantação e Gestão do SISAN’ (Programa 2069-SAN). O Decreto nº 7.272/2010 possibilitou esta garantia orçamentária para a PNSAN, bem como o SISAN e suas esferas de gestão (CAISAN nacional e CAISANs estaduais e municipais), além de tratar da participação social e da operacionalização da política por meio da implementação do Plano Nacional de SAN – PlanSAN.

A partir do PlanSAN 2012-2015, estabeleceram-se metas para a operacionalização da política pública de SAN nos Estados e nos Municípios brasileiros, houve avanços na publicação de documentos oficiais de referência conceitual, como o Marco de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (2012) e a atualização do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) que se propõem contribuir com a formação dos profissionais da saúde.

Até 2016, todos os Estados e o Distrito Federal aderiram ao SISAN e 210 municípios atenderam aos requisitos dispostos no Decreto nº 7.272/2010 (art. 11, inciso 2º) que menciona a instituição dos conselhos estaduais e municipais e sua composição, a instituição de uma câmara ou instância governamental de gestão intersetorial de Pactuação pelo DHAA: o Fórum Tripartite (União, Estados e Municípios), Fóruns Bipartites (Estados e Municípios) e o compromisso da elaboração do plano estadual e municipal de SAN.

Por meio de resposta autodeclarada e espontânea dos gestores Municipais e Estaduais foram coletados dados para a publicação do MapaSAN (2015) que permitiu o mapeamento dos equipamentos públicos de SAN no Brasil e o diagnóstico da gestão da PNSAN na esfera local. Dos 23 respondentes, os Estados de São Paulo (SP), Mato Grosso (MT) e Acre (AC), não possuíam leis estaduais de SAN. Embora todos os Estados tenham informado possuir CAISAN, isto não significa que estejam ativas. Somente 07 Estados brasileiros possuíam Plano de SAN e destes, quatro contemplaram ações de saúde e nutrição. Os planos foram construídos predominantemente por técnicos e gestores da CAISAN e a sociedade civil representou 11% do total de atores que participaram desta elaboração. Ainda que tenha ocorrido a marcante participação da

sociedade civil (titulares de direitos) no processo de construção dos planos de SAN, isso parece ter sido considerado parcialmente, pois uma forma de se considerar que o controle social tivesse participado desta construção seria por meio da inclusão das propostas aprovadas pelas Conferências de SAN no nível Municipal/Territorial e de seus respectivos Estados, no MapaSAN. Na publicação disponível em 2015, não se esclarece ter coletado esse dado e também não oferece este tipo de informação.

Durante a 5ª Conferência de SAN (2015), espaço institucionalizado de participação social previsto na LOSAN para a construção do DHAA, houve a assinatura do Pacto Nacional para Alimentação Saudável (Decreto nº 8.553, de 05 de novembro de 2015), visando ampliar a disponibilidade e o consumo de alimentos saudáveis, combater o sobrepeso, a obesidade e as doenças decorrentes da alimentação inadequada.

Posteriormente a esta ação, foi publicado em 2016 o II PlanSAN 2016/2019, principal instrumento de gestão para a efetivação do DHAA, cujo objetivo é o enfrentamento da obesidade e do sobrepeso como manifestações da alimentação inadequada, o combate a IAN de grupos populacionais específicos (ex.: quilombolas e indígenas), a ampliação da produção, do abastecimento e do consumo de alimentos saudáveis, a redução da pobreza e a ampliação do acesso à água, a consolidação do SISAN e da promoção de maior diálogo internacional sobre o tema da SAN. Dentre as estratégias abordadas no plano para o enfrentamento do cenário de IAN no país, estão a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) e as medidas regulatórias para a comercialização e publicidade de alimentos. Além da proposição de estratégias, um outro marco importante do II PlanSAN 2016/2019 é a sua forte interação com a saúde, com destaque para a atenção nutricional, que no I PlanSAN 2012/2015 foi pouco abordada.

Apesar do lançamento destes marcos políticos e estratégicos importantes para a gestão da SAN e efetivação do DHAA, verifica-se que ainda não são mencionados nestes documentos as populações de rua, albergues, orfanatos e a população carcerária, ou seja, grupos que conformam realidades permanentes em grandes centros urbanos. Desta maneira, podemos indagar se estamos construindo comiDHAA de verdade para todos?

Na construção de garantias democráticas de participação direta da sociedade, os conselhos e conferências de SAN (federais, estaduais e municipais) tem desempenhado um papel importante para a efetivação do DHAA, na condução do diálogo entre ministérios, setores do governo e da sociedade civil. Embora, os conselhos não exerçam

a função executora de programas e projetos, são instâncias de ação política mais próximos da sociedade e das suas realidades, que articulam ações do Estado e da cidadania (Dallari, 1996). Portanto, devem trabalhar na produção democrática da formulação, execução e acompanhamento da PNSAN e qualificar o seu papel, o seu modo de ação e organização para dar visibilidade aos conflitos existentes (Barros e Costa, 2016; Costa, 2011), além de questionar e denunciar práticas sociais e governamentais de violações de DHAA.

É importante destacar que, o cidadão tem direito a petição para solicitar medidas de reparação a uma violação de direitos. Junto às Frentes Parlamentares Estaduais de SAN e ao Ministério Público pode solicitar abertura de inquérito civil como instrumento de exigibilidade de direito extrajudicial ou de uma ação civil pública para proteção judicial de direitos coletivos. Outro espaço de manifestação da sociedade para exigibilidade de direitos são as audiências públicas no poder legislativo, inclusive para fazer com que agentes públicos adequem suas ações às normas que preveem o DHAA, utilizando os Termos de Ajustamento de Conduta.

No entanto, de modo geral, essa lógica de participação social para a garantia de direitos como o DHAA, ainda permanece distante da população. Deste modo, persiste o inquietante desafio de fortalecer os espaços de participação popular enquanto instâncias democráticas capazes de dialogar sobre as necessidades da população na implementação das políticas públicas, além de se tornarem espaços convidativos, de engajamento e protagonismo de redes com diversas associações, movimentos sociais e universidades (Burlandy *et al.* 2011).

O aspecto estrutural da criação de garantias para a efetivação de direitos é muito importante, mas a participação social na luta pela efetivação dos direitos sociais precisa transpor-se a lei, a construção jurídica, por tratar-se da realização de justiça e de transformação social. Portanto, é fundamental a recriação de novas formas de participação cidadã, coletiva, organizada, informada, qualificada e ativa com laços sociais que confrontem a tríade ‘alimento-mercadoria-doença’ e questionem as práticas do Estado enquanto um poder representativo do povo.

A efetivação do DHAA no Brasil: desafios diante do atual cenário de desmonte dos direitos humanos fundamentais

Em setembro de 2016, resistindo ao cenário político brasileiro, representantes da sociedade civil organizada e governamental reuniram-se na Oficina de Trabalho sobre

Indicadores de SAN em Brasília e discutiram a matriz de indicadores a ser utilizada no monitoramento do II PlanSAN 2016/2019, relacionando nove desafios do governo para as sete dimensões de análise da SAN, dentre elas a saúde e a nutrição. Apesar de ser uma ferramenta importante de avaliação de ações e programas públicos, tal monitoramento deverá ficar, em parte, circunstanciado pelo orçamento destinado a Consolidação da Implantação do SISAN, cujos R\$ 13,4 milhões previstos em 2016, já foram reduzidos pelo governo Temer para R\$ 8,7 milhões no Projeto de Lei Orçamentária Anual 2017, um corte na ordem de 34%.

É importante lembrar que, o Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a colocar a fome e a pobreza no centro das políticas públicas sociais, contribuindo, assim, para que em 2014 saísse do Mapa da Fome da ONU. Além disso, naquele momento conquistou o reconhecimento internacional e inspirou outros países a partir da construção das suas políticas públicas de SAN.

O período de 2003 a 2014 foi marcado pela expectativa da sociedade de um Estado suficientemente forte para diminuir a desigualdade e implementar uma série de programas e iniciativas direcionadas aos segmentos mais pobres da população brasileira. Porém, verificou-se também a manutenção do *status quo* por meio de uma política econômica que favoreceu largamente os interesses do capital financeiro nacional e internacional. A partir de 2011 o Brasil evidenciou o declínio do seu crescimento econômico em decorrência do prolongamento da crise do capitalismo internacional e de medidas políticas internas, que revelaram o caráter efêmero das conquistas baseadas na inclusão pelo consumo e altamente dependentes do mercado externo. Tal cenário oportunizou as frações de classes poderosas e resistentes, um terreno fértil para a crise política instaurada em 2015, com o desmonte de um Estado que acreditou na burguesia industrial e nas alianças político-partidárias realizadas (Singer, 2016).

No ano de 2016, o Brasil passou pelo *impeachment* presidencial. Em que pese os diversos motivos que geraram a crise política do país, as políticas públicas estruturantes de proteção social, como saúde, educação e assistência social ficaram em segundo plano e foram associadas às medidas de ajustes fiscais que estão definindo cortes e redução de gastos públicos, bem como, reformas institucionais reducionistas, levando a retrocessos concretos de conquistas sociais e ameaça real à soberania alimentar. Tais ajustes fiscais, considerados um modelo de contingenciamento preventivo, são concretamente uma

“rota abstrata de contingenciamento que nega a plena eficácia dos direitos fundamentais” (Pinto, 2016, p. 1101).

O plano de governo ‘A Travessia Social: uma ponte para o futuro’, lançado posteriormente ao *impeachment*, é um exemplo de projeto neoliberal que propõe uma reorganização do país para supostamente conter a crise econômica e retomar o crescimento, aos moldes da implantação de um Estado Mínimo. As medidas para a concretização desta proposta estão ligadas ao controle dos gastos públicos, destacando-se a Proposta de Emenda à Constituição nº 55 de 2016 - “PEC do Teto dos gastos públicos” (PEC 55) que instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União com o intuito de “congelar” as finanças do Estado por 20 anos. Medida que tramitou de forma apressada nas instâncias legislativas do Estado brasileiro e com limitada participação da sociedade. Embora, apresentada para consulta pública no canal *e-cidadania* do Senado Federal, com resultado final de 23.770 a favor e 345.718 contra. Assistiu-se a opinião popular ser claramente ignorada, visto que a PEC 55 foi aprovada no Legislativo e promulgada como Emenda Constitucional nº 95 em 15 de dezembro de 2016 (EC nº 95).

Neste sentido, políticas e programas que visam à garantia dos direitos humanos fundamentais estão comprometidas, se adicionarmos à EC nº 95 às propostas atuais que já foi aprovada (a reforma trabalhista) e que está para ser votada e aprovada pelo Estado brasileiro (a reforma da previdência social). Este cenário de desmonte dos direitos humanos fundamentais deverá gerar impactos negativos diretos no desenvolvimento humano e social do país, anunciando o descrédito do Brasil perante organizações internacionais.

Ratifica-se que em um contexto de economia liberal, os programas de governo ficam ajustados às variações de mercado, restringindo as possibilidades de obter resultados positivos no campo social e dos direitos humanos (Freitas e Penna, 2007).

Dados do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas - IPEA do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão Brasileiro (2016) mostram que a EC nº 95 deve gerar em 20 anos a perda de até R\$ 743 bilhões para o financiamento do SUS e para a garantia do direito à saúde de grupos sociais mais vulneráveis. A elaboração de um Plano de Saúde “Acessível” (privado) pelo Ministério da Saúde – MS, proposto por um grupo majoritariamente do setor privado e sem a aprovação do Conselho Nacional de Saúde, possibilita projetar um futuro de condições ainda piores na preservação da vida e da dignidade humana, do avanço permanente da inovação tecnológica no setor

saúde e do aumento das DCNT (Mendes, 2016). Além de perdas equivalentes a até R\$ 868 bilhões na Política de Assistência Social que impactarão diretamente programas sociais como o Programa Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada, o SUAS e o SISAAN (Ipea, 2016).

Como algumas políticas são operadas pelos municípios em regime de cofinanciamento, reduções nos gastos públicos federais podem representar a paralisação de alguns serviços locais e a descontinuidade de políticas públicas sociais no âmbito estadual e municipal. Na medida em que o SISAAN e o SUS sejam enfraquecidos, a sociedade terá reduzida sua capacidade no monitoramento do cumprimento das obrigações do Estado como o de garantir o DHAA e a saúde.

Considerando alguns avanços, sem deixar de lado o construto histórico da complexa realidade alimentar brasileira e suas profundas marcas de desigualdades sociais, o cenário atual brasileiro aponta para retrocessos nas políticas públicas sociais e anuncia processos de instabilidade na garantia dos direitos humanos fundamentais. Assim, ecoa a contínua necessidade da discussão do papel do Estado e do desmonte dos espaços institucionalizados de participação da sociedade, principalmente, no que tange ao atual modelo adotado para a sustentação das políticas públicas sociais.

Nesta perspectiva, permanece a inquietude e o questionamento sobre até que nível a SAN e o DHAA estão efetivamente incorporados no planejamento e na operacionalização das políticas públicas de Saúde pelo Poder Executivo, bem como nas ações dos agentes técnicos atuantes neste setor. Atrelado a isso, há a necessidade de se rever as estratégias para disseminação da noção ampliada da alimentação adequada e saudável como um direito de todos.

A definição da Década da Ação pela Nutrição (2016-2025) da ONU traz para o centro da sociedade, dos governos e das universidades a oportunidade de debater o tema da alimentação e nutrição na perspectiva dos direitos humanos, possibilitando a construção de estratégias para o fortalecimento de políticas públicas que confirmem materialidade para o DHAA. O Brasil tem um importante papel a desempenhar neste cenário, pelo exemplo que estava sendo construído nas garantias programáticas para a efetivação do DHAA.

Considerações Finais

No campo da saúde pública permanece a necessidade de proteção e efetivação do DHAA como um direito de todos. As políticas públicas são vias importantes para

essa concretização, mas a sua transformação em ações que impactam a população, carece de engajamento político dos atores sociais que disputam por seu financiamento específico.

Em tempos de crises, a garantia dos direitos humanos fundamentais é tradicionalmente impactada pela opção dos governos neoliberais em reduzir o papel do Estado frente ao avanço do capital. As consequências concretas são a diminuição dos gastos públicos e cortes significativos nos investimentos sociais. Para o cenário brasileiro, a ideia de Estado mínimo, que gasta pouco com suas políticas públicas, parece convencer até uma parte da população que ainda necessita da efetivação de seus direitos humanos fundamentais.

O discurso da estabilização econômica via contingenciamento tem se mostrado capaz de sobrepujar as pautas de desenvolvimento humano no país e as discussões necessárias não foram amplas e democráticas. Destaca-se a importância de se divulgar e debater as consequências da política atual para a garantia dos direitos humanos fundamentais, particularmente do DHAA e da saúde, identificando quem são os mais afetados e refletindo se este é o modelo de Estado e sociedade que nós, brasileiros, queremos.

Apesar dos movimentos sociais conduzidos nas três últimas décadas para a construção do DHAA, verifica-se que não foi construída junto aos cidadãos brasileiros uma cultura de participação e luta pelos seus direitos, parece que ainda inexistente uma tradição de vida coletiva. Assim, a efetivação dos direitos humanos fundamentais no Brasil implica em mudanças nas ações de comunicação social, informação e formação para a população, em mudanças culturais no Poder Executivo e Legislativo, e dos agentes públicos técnicos para que influenciem no planejamento, na execução, no monitoramento e na avaliação de políticas públicas na perspectiva do DHAA e da SAN. É preciso haver compromisso institucional com essa agenda política, priorizando mudanças no processo da equidade e inclusão social e na dignidade humana, em detrimento de produtos como metas e alcance de objetivos.

Embora políticas públicas e marcos referenciais sejam construídos visando orientar os serviços, os profissionais de saúde e a população brasileira, esses instrumentos parecem ainda não alcançar esses atores de forma ampla e dialética na vida cotidiana.

Sugere-se que novos estudos se debrucem na compreensão do DHAA e na importância da sua efetivação para a alimentação e a saúde da população brasileira, nos

mais diferentes cenários e regiões do país. Ainda há ideia contemporânea de que a obesidade seja a questão de saúde pública relacionada à alimentação, enquanto a fome e a desnutrição são consideradas realidades residuais presentes em contextos sociais distantes dos grandes centros e restritas a populações tradicionais (como, indígenas e quilombolas). Ideia que apenas reforça e oculta as faces sociais, econômicas e políticas da alimentação.

Referências

ABEGUNDE, D. O.; MATHERS, C. D.; ADAM, T.; ORTEGON, M.; STRONG, K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, v. 370, n. 9603, 1929–1938, 2007.

AITH, F. M. A. *Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007. p. 165- 261.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA-JÚNIOR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da História Natural da Doença ao quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde - Livro I: Da doença à cidadania*. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71- 94.

BARROS, M. S. C.; COSTA, V. M. H. M. A construção de um sistema de garantia da segurança alimentar e nutricional para o Brasil. *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, v. 23, n. 1, p. 795-806, 2016.

BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional 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*, Brasília, DF, 18 set. 2006. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica à Saúde. *Dialogando sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada no contexto do SUS*. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2010.

BUCCI, M. P. D. O conceito de política pública em direito. In: Bucci, M. P. D. *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 1-47.

COSTA, C. G. A. Alimentação como um direito humano. In: Costa CGA: *Segurança alimentar e nutricional: significados e apropriações*. São Paulo: Annablume, Fapesp, 2011. p. 162- 182.

BURLANDY, L. A atuação da sociedade civil na construção do campo da Alimentação e Nutrição no Brasil: elementos para reflexão. *Ciêñ Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 63-72, 2011.

BURLANDY, L.; BODSTEIN, R. C. Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 543-554, 1998.

CASTRO, I. Desafios e perspectivas para a promoção da alimentação adequada e saudável no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 7-9, 2015.

CHILTON, M.; ROSE, D. A rights-based approach to food insecurity in the United States. *Am J Public Health*, v. 99, n. 7, p. 1203-1211, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. *Relatório Final 3ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Por um desenvolvimento sustentável com soberania e Segurança Alimentar e Nutricional*. Fortaleza, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. *Relatório Final 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - Comida de verdade no campo e na cidade: por direitos e soberania alimentar*. Brasília, 2015.

DALLARI, S. G.; ADORNO, R. C. F.; FARIA, M. M.; SHUQAIR, N. S. M. S. A. Q.; TREWIKOWSHI, S. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 531-540, 1996.

FERRAZ, M. A. *Direito humano à alimentação e sustentabilidade no sistema alimentar*. 1. ed. São Paulo: Paulinas; 2017.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo: como afecta la volatilidade de los precios internacionales a las economias nacionales y la seguridad alimentaria?* Roma, 2011.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Cumplimiento de los objetivos internacionales para 2015 em relación el hambre: balance de los desiguales progresos*. Roma, 2015.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. *The right to adequate food. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights*. New York, 2014.

FREITAS, M. C.; PENNA, P. G. L. Segurança Alimentar e Nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da cultura. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 20, n. 1, p. 69-81, 2007.

GRUSKIN, S.; MILLS, E. J.; TARANTOLA, D. Health and Human Rights 1 History, principles, and practice of health and human rights. *Lancet*, v. 370, n. 9585, p. 449-455, 2007.

GUERRA, L. D. S.; ESPINOSA, M. M.; BEZERRA, A. C. D.; GUIMARÃES, L. V.; LIMA-LOPES, M. A. Insegurança alimentar em domicílios com adolescentes da Amazônia Legal Brasileira: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 335-348, 2013.

HADDAD, L.; HAWKES, C.; WEBB, P.; THOMAS, S.; BEDDINGTON, J.; WAAGE, J.; FLYNN, D. A new global research agenda for food. *Nature*, v. 540, p. 30-32, 2016.

HOFFMANN, R. Pobreza, insegurança alimentar e desnutrição no Brasil. *Estud. av.*, São Paulo, v. 9, n. 24, p. 159-172, 1995.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS. PAIVA, A. B.; MESQUITA, A. C. S.; JACCOUD, L.; PASSOS, L. *O novo regime fiscal e suas implicações para a política de assistência social no Brasil*. Nota Técnica nº 27. Brasília, 2016.

KAISER, L. L.; MELGAR-QUIÑONEZ, H. R.; TOWNSEND, M. S.; NICHOLSON, Y.; FUJI, M. L.; MARTIN, A. C. et. al. Food insecurity and food supplies in Latino households with young children. *J Nutr Educ Behav.*, v. 35, n. 3, p. 148-153, 2003.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. *Ciêñ Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 187-199, 2011.

MACHADO, M.; ROCHA, D. F.; CAMPOS, M. M. Dos movimentos sociais à implementação do Programa Fome Zero (1993-2013): a trajetória da cidadania alimentar no Brasil (20 anos da ação da cidadania e 10 anos do Programa Fome Zero). *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, v. 22, n. 2, p. 692-705, 2015.

MACHADO, P. P.; OLIVEIRA, N. R. F.; MENDES, A. N. O indigesto sistema do alimento mercadoria. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 505-515, 2016.

MACIEL, M. E. Identidade cultural e alimentação. In: CANESQUI, A. M.; DIEZ-GARCIA, R. W. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 48- 55.

MAGALHÃES, R. Regulação de alimentos no Brasil. *R. Dir. sanit.*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 113-133, 2017.

MALUF, R. S. *Segurança Alimentar e Nutricional*. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2009.

MENDES, A. N. A saúde pública brasileira num universo "sem mundo": a austeridade da *Proposta de Emenda Constitucional 241/2016*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, 2016.

MONTEIRO, C. A.; CANNON, G. The impacto f transnational “Big Food” Companies on the South: a view from Brazil. *PLOSmedicine*, v. 9, n. 7, p. 1-5, 2012.

PINTO EG. Novo regime fiscal e a constitucionalização do contingenciamento das despesas primárias obrigatórias. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1097-1101, 2016.

RIGON, S. A.; SCHMIDT, S. T.; BÓGUS, C. M. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 1-10, 2016.

RIOS, R. R. O Direito Fundamental à saúde e a atividade legislativa. In: *Direito Sanitário em perspectiva*. ALVES, S. M. C.; DELDUQUE, M. C.; DINO NETO, N. Brasília: ESMPU, Fiocruz, 2013. p. 169- 180.

ROCHA, C.; BURLANDY, L.; MAGALHÃES, R. *Segurança Alimentar e Nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 171- 185.

SINGER, A. A (falta de) base política para o ensaio desenvolvimentista. In: SINGER, A.; LOUREIRO, I. *As contradições do Lulismo: a que ponto chegamos?*. São Paulo: Boitempo, 2016. p. 21- 54.

VALENTE, F. L. S. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 51-60, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Status Report on noncommunicable diseases 2014: "Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility"*. Geneva, 2014.

ARTIGO II (revisão integrativa aceita para publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva)

Alimentação: um direito humano em disputa - focos temáticos para compreensão e atuação em segurança alimentar e nutricional

Alimentação um direito humano em disputa

Resumo

Os problemas alimentares atuais expressam as desigualdades sociais, econômicas e políticas presente entre os países. As situações de insegurança alimentar e nutricional – IAN são impeditivos para a concretização do direito humano à alimentação – DHAA e podem estar ligadas a disponibilidade, o acesso, o consumo, a produção e a utilização biológica dos alimentos. Este artigo teve por objetivo revisar sistematicamente na produção científica, no período de 2007 a 2016, os focos temáticos e as estratégias para efetivação do DHAA no contexto da segurança alimentar e nutricional – SAN. Realizou-se uma revisão integrativa associada a uma análise de emergência temática, com artigos publicados na base de dados *PubMed*. Dos artigos optou-se extrair informações a respeito dos cenários de investigação, as abordagens metodológicas, o método utilizado para avaliar a IAN, os aspectos relacionados e as conclusões e recomendações. Dos 12.950 estudos encontrados, 80 artigos foram incluídos na revisão, que mostraram a diversidade dos cenários urbanos investigados, os aspectos relacionados a situação de IAN e a importante relação do DHAA com os outros direitos humanos. As estratégias sugeridas tiveram como foco ações de cuidados primários em saúde. Em síntese identificou-se na produção científica os rumos do debate da SAN, que permanece orientada nos aspectos biológicos, sendo necessária a reorientação para os aspectos humanos e sociais que destacam a compreensão e a discussão do DHAA.

Palavras-chave: Segurança Alimentar e Nutricional. Direitos Humanos. Saúde Pública. Políticas Públicas.

Introdução

A alimentação e a nutrição são questões globais e locais relevantes para a saúde pública ^{1,2}, que no cenário contemporâneo têm mobilizado organizações (internacionais e nacionais) e países para a criação e implementação de políticas públicas que visam à garantia e a efetivação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Essas políticas públicas trazem como foco ações em Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) nas suas diversas dimensões: disponibilidade, acesso, consumo, produção e utilização biológica dos alimentos ³.

É direito de todo ser humano ter uma alimentação adequada e saudável, do ponto de vista da saúde, do respeito à cultura alimentar, da sustentabilidade econômica, social, ambiental, da disponibilidade e do acesso permanente aos alimentos de qualidade, sem comprometer outras necessidades inerentes a uma vida digna, como a educação, moradia, emprego e lazer ⁴.

Contudo, os problemas alimentares contemporâneos permanecem atravessados pela transformação de bens essenciais aos seres humanos em mercadoria, como é o caso dos alimentos. Nesse contexto, observa-se que os alimentos são distribuídos de acordo com as leis da oferta e da demanda - um traço importante do capitalismo contemporâneo e uma das chaves para explicar o atual cenário produtor de doenças e de desigualdades econômicas e sociais, que impacta sobre os sistemas alimentares globais e impõe desafios no campo da saúde pública, criando obstáculos para a consolidação da SAN e a efetivação dos direitos humanos em diversos países ^{2,5,6}.

O “*Konzernatlas*” - Atlas das Multacionais (2017) ⁷ mostra a influência do capitalismo na alimentação humana, com destaque para o agronegócio, a indústria de alimentos e a rede de distribuição/comercialização que representam ameaças à soberania alimentar dos países e a luta por sistemas alimentares sustentáveis. O “*Konzernatlas*” destaca questões, como a concentração na produção de sementes e o comércio dos agrotóxicos que definem o que e como se planta, consequentemente, a qualidade do que se come.

Em cenários urbanos, a expressão do capitalismo na alimentação humana pode ser observada por meio do crescimento de ambientes alimentares agressivos, principalmente, do ponto de vista mercadológico e publicitário. Além de serem nutricionalmente pouco saudáveis, são repletos de alimentos altamente industrializados (ricos em açúcar, sal, gordura) e com diversos aditivos químicos. Tudo isso apresentado

com fácil acesso e baixo custo e expressivo emprego de estratégias de comunicação e publicidade que visam atrair como público alvo crianças e adolescentes para o consumo destes alimentos ^{8, 9, 10}. Tal fato tem gerado impactos financeiros significativos para o setor saúde ¹¹. Assim, considerando que crianças e adolescentes são parte essencial para a garantia das futuras gerações e neste contexto está em disputa a ideia de justiça intergeracional, o mundo em desenvolvimento já aponta os impactos que a globalização e a urbanização têm gerado na alimentação humana ^{12, 13}.

No âmbito internacional, a Organização das Nações Unidas - ONU tem empregado esforços para enfrentar questões ligadas a SAN e os direitos humanos, a exemplo do direito humano à alimentação adequada. No entanto, as metas firmadas entre os países membros da ONU, nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (Meta 1 - “erradicar a fome e a miséria”) e nos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (Meta 2 - “fome zero e agricultura sustentável”), carecem de implementação no plano local, pois ainda permanecem no mundo 795 milhões de pessoas em situação de fome, que estão localizadas principalmente em regiões do oeste da Ásia, África Central, África Subsaariana e alguns países da América Latina ¹⁴.

No caso do Brasil, nos últimos 10 anos foi possível observar a institucionalização normativa do DHAA, com a promulgação da Lei Orgânica de SAN - LOSAN nº 11.346/2006 que lançou-se as bases para a criação de um ordenamento jurídico nacional, a disponibilização de mecanismos e instrumentos necessários a sua operacionalização por meio de políticas públicas, como a Política Nacional de SAN - PNSAN; e criou o Sistema Nacional de SAN (SISAN). A LOSAN como primeiro marco jurídico para o DHAA implicou na instituição formal desse direito, com posterior incorporação na Constituição Federal (1988) através da Emenda Constitucional nº 64/2010. Deste modo, o DHAA está relacionado a outros direitos e a sua não garantia, proteção e efetivação podem gerar situações de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) que se revelam como um processo progressivo, gerenciado tanto no âmbito coletivo quanto no individual e estão relacionadas à piora da saúde (anemia, desnutrição, hipovitaminoses, obesidade, diabetes, hipertensão, síndromes metabólicas, asma, cárie, HIV/Aids), ao aumento da violência doméstica e comunitária, dos transtornos mentais, ao fortalecimento da construção de uma estrutura de produção de alimentos predatória em relação ao ambiente, aos preços abusivos dos bens essenciais e à imposição de padrões alimentares que não respeitam a diversidade cultural ^{15, 16, 17}.

Diante disso, este artigo teve por objetivo revisar sistematicamente na produção científica no período de 2007 a 2016, os focos temáticos e as estratégias de ação para efetivação do direito humano à alimentação no contexto da segurança alimentar e nutricional – SAN, especificamente, em artigos que se dedicaram a análise empírica da SAN em diferentes cenários urbanos com crianças e adolescentes.

Método

Este estudo é uma revisão integrativa¹⁸ desenvolvida a partir da seleção sistemática da literatura científica, que possibilita um aprofundamento na compreensão de um determinado fenômeno com base em estudos anteriores, a construção de uma análise sobre as abordagens metodológicas e atualização dos resultados de pesquisas, além de reflexões sobre a realização de futuros estudos e a tomada de decisões com relação a intervenções¹⁸.

A busca bibliográfica dos artigos foi realizada na base de dados *PubMed*, do *National Center for Biotechnology Information (NCBI)*, uma das bases mais utilizadas na área das ciências da saúde. Essa busca ocorreu em três etapas (c.f. Figura 1).

Na Etapa 1 de identificação e escolha do descritor a ser utilizado (c.f. Figura 1), foi consultado o Descritor *Mesh (Medical Subject Headings)* recurso da base de dados *PubMed* para a identificação da terminologia padronizada que auxilia na definição dos assuntos e na recuperação dos artigos de interesse. No entanto, o termo encontrado foi *food supply*, pouco utilizado nos títulos, resumos e palavras-chave, de artigos sobre IAN que têm como foco a abordagem da alimentação e nutrição no contexto da saúde pública. Assim, considerando o conhecimento dos autores sobre o tema, optou-se pelo uso do termo livre *food insecurity* mais presente nas publicações científicas de interesse do estudo. O intuito foi obter uma busca mais abrangente que permitisse capturar as demais variações do termo.

Assim, realizou-se a busca livre na base de dados com o termo *food insecurity*, a busca exata “*food insecurity*” e a busca avançada com a expressão *food AND insecurity*. Em adicional, optou-se por realizar também a busca livre com os termos *human right to adequate food*, *human rights dimensions of food* e a busca exata com “*human rights dimensions of food*” e “*human right to adequate food*”. Foram identificadas 12.950 publicações.

Figura 1 – Etapas da busca bibliográfica: identificação, seleção e análise dos artigos que compuseram a revisão integrativa. Base de dados PubMed, 2007-2016.

Após esse teste com os termos, selecionou-se alguns filtros da própria base de dados para aprimorar a busca, segundo o tipo de artigo (*journal article*), texto disponível (*free full text*), período de publicação (*10 years*), estudos realizados com humanos, nos idiomas inglês, espanhol e português, e idade (*child: birth-18 years*). Foram selecionados 1.281 artigos: 740 artigos disponíveis com o termo *food insecurity*, 258 “*food insecurity*”, 278 *food AND insecurity*, por fim, três artigos com *human right to adequate food* e dois artigos com *human rights dimensions of food*.

Os critérios de inclusão adotados para a revisão integrativa foram: 1) ser artigo original advindo de estudo empírico; 2) ter sido publicado no período de 2007 a 2016; 3) ter sido realizado em cenário urbano; 4) incluir na população de investigação crianças e/ou adolescentes não institucionalizados.

Na Etapa 2 (c.f. Figura 1) foi realizada a revisão manual, com leitura dos títulos e resumos dos 1.281 artigos segundo os critérios de inclusão, permaneceram na seleção 655 artigos. Dentre esses 655 artigos foi feita a checagem dos critérios de inclusão e mantiveram na seleção 169 artigos que foi realizado o *download* e leitura completa dos métodos. Houve a exclusão de 89 artigos: 25 por serem artigos de revisão, validação ou aprimoramento de escala para medir a IAN e avaliação de programas, e 64 artigos por serem estudos que mencionavam crianças e adolescentes no resumo, porém as análises foram realizadas apenas com adultos. Além disso, não permaneceram na revisão, artigos com comunidades tradicionais de pescadores, quilombolas e indígenas, área rural e restaurantes populares.

Assim, permaneceram na Etapa 3 (c.f. Figura 1) 80 artigos para leitura completa e extração dos dados. Dos 80 artigos foram extraídos os seguintes conteúdos para análise: ano de publicação; autores; títulos; as temáticas presentes nos títulos dos artigos; a abordagem metodológica do estudo; os países onde o estudo foi realizado; os cenários urbanos de investigação; os métodos utilizado para avaliação da situação de IAN; os aspectos relacionados a IAN descritos nos resultados; as conclusões e recomendações dos estudos.

Na organização e sumarização dos dados utilizou-se a elaboração de planilhas no Microsoft Excel 2010 e também foram realizadas análises estatísticas, com a produção de frequências e gráficos. Para a análise qualitativa de conteúdo foram feitas leituras sistemáticas e codificações para o agrupamento dos conteúdos semelhantes, bem como identificação das diferenças ou relações circulantes que descrevem o fenômeno estudado ¹⁹.

O marco conceitual que norteou a análise dos dados teve como base o conceito do direito humano à alimentação adequada utilizado em documentos internacionais da Organização das Nações Unidas^{20, 21}:

“O direito à alimentação adequada realiza-se quando cada homem, mulher e criança, sozinho ou em companhia de outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para sua obtenção. O direito à alimentação adequada não deverá, portanto, ser interpretado em um sentido estrito ou restritivo, que o equaciona em termos de um pacote mínimo de calorias, proteínas e outros nutrientes específicos. O direito à alimentação adequada terá de ser resolvido de maneira progressiva. No entanto, os Estados têm a obrigação precípua de implementar as ações necessárias para mitigar e aliviar a fome mesmo em épocas de desastres, naturais ou não”.

Resultados

Dos 80 artigos observou-se que 55 foram conduzidos em países do continente americano, 33 na América do Norte e 22 na América Latina e Caribe. Dentre esses 22 artigos com investigação conduzida na América Latina e Caribe, 15 foram realizados no Brasil, nas Regiões Nordeste (n= 4), Sul (n= 3), Sudeste (n= 1), Centro-Oeste (n=1) e seis tinham abrangência nacional ou foram realizados em duas ou mais Região.

O segundo continente com maior expressão de artigos (n= 13) foi a África, seguido da Ásia (n= 4), Europa (n= 3) e Oceania (n= 1).

Dos 80 artigos, quatro eram multicêntricos realizados na África e Ásia (n=1), América do Norte e África (n=1), Europa, América do Norte e Ásia (n=1), América Latina e Caribe e América do Norte (n=1).

Nos títulos dos artigos foram identificadas 18 temáticas emergentes (c.f. Figura 2). A temática mais presente foi a que relacionava a IAN com diversos aspectos demográficos, socioeconômicos e condições de moradia (n=16); seguida daquelas que relacionavam a IAN ao estado nutricional (n= 15) e ao consumo alimentar (n= 10).

A maior diversidade temática segundo a origem geográfica dos estudos foi encontrada em países da América do Norte (Canadá e Estados Unidos), seguidos da América Latina e Caribe, e África (c.f. Figura 2).

Os estudos realizados em países da América Latina e Caribe abordaram temáticas como carências nutricionais, iniquidades em saúde, absenteísmo escolar, parasitose e amamentação. Apesar da diversidade temática encontrada nesses estudos, não estiveram presentes assuntos importantes, como saúde mental, HIV/Aids, gênero, doenças crônicas não transmissíveis, favelas, imigrantes, negros, saúde bucal e o direito

humano à alimentação adequada. Essas temáticas foram identificadas com maior frequência em estudos conduzidos na América do Norte e na África (c.f. Figura 2).

Nos 15 estudos realizados no Brasil, as temáticas presentes foram estado nutricional (n= 6), IAN e diversos aspectos associados (n= 3), carências nutricionais (n=2), iniquidades em saúde (n= 2), amamentação (n= 1) e consumo alimentar (n= 1) (c.f. Figura 2).

Figura 2 – Temáticas emergentes identificadas nos 80 artigos e origem geográfica dos estudos. Base de dados PubMed, período 2007 – 2016.

Os 80 artigos analisados foram publicados, principalmente, nos anos de 2009 (n= 11), 2012 (n= 15), 2013 (n= 12) e 2014 (n= 15). O período de 2012 a 2014 foi o momento de maior publicação, significando 53% do total dos artigos analisados (n= 42).

Os artigos mostraram que os cenários urbanos comumente pesquisados para conhecer a situação de IAN são os domicílios (n= 53), porém observou-se outros cenários de investigação, como serviços de saúde (ambulatórios; n= 7 e hospitais; n= 5), escolas públicas (n= 9), creches públicas (n= 1) e o conjunto destes cenários, como domicílios e escolas (n= 2), domicílios e serviços de saúde (n= 2), domicílios e ambiente social (n= 1).

A abordagem metodológica dos estudos foi predominante quantitativa, sendo que 75 eram de abordagem quantitativa (94%) e cinco de abordagem qualitativa (6%).

Os cinco estudos qualitativos utilizaram para a produção dos dados: grupos focais (n= 2), entrevistas semi-estruturadas (n= 1), intervenção educativa (n= 1) e o conjunto de técnicas como grupos focais e entrevistas semi-estruturadas (n= 1). Os estudos qualitativos foram conduzidos em países da Ásia (Irã; n= 1), América Latina e Caribe (Argentina e Venezuela; n= 2) e América do Norte (Estados Unidos da América; n= 2) (c.f. Tabela 1).

Tabela 1 – Focos temáticos e estratégias para atuação em SAN extraídos, respectivamente, das conclusões e recomendações dos estudos com abordagem qualitativa (n= 5). Base de dados PubMed, 2007-2016.

Focos temáticos	Autor/Ano Continente/país	Cenário	Aspectos relacionados	Conclusões	Recomendações/Estratégias de ação
Sistemas alimentares	Dastgiri S et al., 2011 Ásia (Irã)	intervenção educativa; domicílios	demográficos e socioeconômicos	Há necessidade urgente de colaboração entre lideranças governamental, internacional e local , para identificar e implementar programas de intervenção para superar a IAN.	Considerar o sistema político para a construção de um modelo de saúde pública para controlar na região a IAN enquanto um problema de saúde.
Pobreza e condições de renda	Bernal J et al., 2016 América Latina e Caribe (Venezuela)	grupos focais e entrevistas semiestruturadas; escolas públicas	cognitivos, emocionais; quantidade e qualidade da ingestão de alimentos e magreza	Crianças em IAN reconheceram a redução da qualidade e quantidade de alimentos, o sacrifício do consumo de comida e de comida do lixo e informaram trabalho infantil como estratégia para compra dos alimentos	Investigação e políticas para entender e direcionar a distribuição de benefícios para crianças, que visam garantir o seu desenvolvimento físico, cognitivo e bem estar sócio emocional .
Ambiente social e ambiente alimentar	Lindsay AC et al., 2012 América Latina e Caribe (Argentina)	grupos focais; serviço de saúde hospitalar	baixa renda, trabalho, preocupações financeiras, práticas alimentares	Domicílios em IAN apresentam dificuldades na criação de um ambiente de alimentos saudáveis para seus filhos	Intervenções em saúde pública e intervenções em IAN que visam o direito à alimentação saudável são fundamentais para o respeito e preservação dos valores culturais relacionados aos hábitos alimentares.
	Fram MS et al., 2011 América do Norte (EUA)	entrevistas semi-estruturadas; domicílio	experiências cognitivas, emocionais e físicas	O ambiente social e alimentar são espaços potenciais de qualidade para as interações entre crianças e pais	O esforço para acabar com a fome de crianças deve ter como base uma compreensão abrangente de experiências de IAN a partir da perspectiva da criança, em termo de conteúdo e contexto.
Consumo alimentar	Widome R et al., 2009 América do Norte (EUA)	grupos focais; domicílio e escola	hábitos alimentares, percepções e ingestão alimentar	Os padrões alimentares dos adolescentes em IAN diferem em aspectos importantes dos padrões alimentares dos que estão em SAN	O esforço para educar adolescentes em IAN deve eliminar as barreiras para uma alimentação saudável. Políticas e intervenções focadas na melhoria dos alimentos.

[grifo nosso]

Os estudos com abordagem qualitativa avaliaram a situação de IAN por meio de roteiros próprios, com base no conteúdo da escala do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA). Esses estudos mostraram o seu potencial de investigação para tratar de questões ligadas ao reconhecimento da IAN, como as experiências vividas pelas pessoas, os sofrimentos emocionais sentidos, como angústia e tristeza quando a quantidade e a qualidade da ingestão de alimentos foram reduzidas, quando não se tinha recursos financeiros para a aquisição de alimentos ou precisavam comprar alimentos baratos com baixa qualidade nutricional. Além disso, mostraram o que as pessoas vivenciavam quando a situação de IAN se instalava, por exemplo, a realização de refeições menores, o reconhecimento da fome, da magreza ou o excesso de peso, a piora da situação de saúde, a presença de violência no domicílio, o consumo de alimentos oriundos do lixo encontrado na rua e o trabalho infantil, como estratégias para auxiliar no enfrentamento da situação de IAN.

Dos 75 estudos quantitativos analisados, 26 eram de seguimentos longitudinais ligados à pesquisas nacionais ou coorte (c.f. Tabela 2) e 49 eram estudos transversais epidemiológicos (c.f. Tabela 3), ambos conduzidos em países dos diversos continentes.

Para avaliar a situação de IAN, os estudos com abordagem quantitativa utilizaram como instrumento para a produção dos dados, questionários estruturados em forma de escalas psicométricas, tendo como base a escala do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA), a *Household Food Security Survey Module – HFSSM*.

Os estudos quantitativos com base na escala do USDA desenvolveram suas próprias escalas adaptadas. Para as adaptações foram consideradas variações das realidades locais, como as culturais de linguagem. Com o intuito de verificar a adaptação das perguntas da escala para cada realidade e população, os estudos quantitativos se utilizaram de análises estatísticas como o cálculo do coeficiente α de *Cronbach* para medir a confiabilidade psicométrica da escala por meio da análise de consistência interna, com variação do α de *Cronbach* entre 0,70 a 0,90, que segundo os estudos demonstrava uma boa qualidade da escala para a mensuração da IAN.

Esse tipo de avaliação por meio de escala de perguntas tem o objetivo de abordar prioritariamente temas centrais como a quantidade e a qualidade alimentar e a percepção de incertezas relacionadas à alimentação. Os estudos analisados mostraram alguns exemplos dessas escalas adaptadas, como a *Colombian Household Food Security Scale*

– *CHSS*, a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA e a *Latin American and Caribbean Food Security Scale* – *ELCSA*.

Tabela 2 – Focos temáticos e estratégias para atuação em SAN extraídos, respectivamente, das conclusões e recomendações dos estudos longitudinais com abordagem quantitativa (n= 26). Base de dados PubMed, 2007-2016.

Focos temáticos	Autor/Ano Continente/país	Cenário	Aspectos relacionados	Conclusões	Recomendações/Estratégias de ação
Sistemas alimentares (n= 1)	Zhang Q et al., 2013 América do Norte (EUA)	domicílios	preço dos alimentos	Estratégias de controle de preços dos alimentos : eliminação de subsídios e imposição de impostos, impactam no aumento do preço dos alimentos e na capacidade das famílias de garantirem uma dieta adequada e de alta qualidade.	Planejamento e a coordenação cuidadosa de estratégias de políticas públicas, políticas de preço dos alimentos podem ser benéficos à saúde e à SAN.
Desastres naturais (n= 1)	Hutson RA et al., 2014 América Latina e Caribe (Haiti)	domicílios	escolaridade, situação de saúde, violação de direitos humanos e histórias de violência na família	Desastres naturais influenciam na situação de IAN.	Realização de estudos de coorte em locais com altas probabilidades de desastres naturais ou de origem humana. Melhores orientações e prestação de serviços essenciais, ir além da vulnerabilidade e da vitimização.
Pobreza e condições de renda (n= 2)	Belachew T et al., 2012 África (Etiópia)	domicílios	baixa renda, baixa escolaridade, gênero	Adolescentes de áreas urbanas que membros de famílias de renda baixa estão em maior risco de IAN crônica, essa situação produz uma diminuição do poder de compra de alimentos	Intervenções de SAN, incluindo uma rede de segurança e programa de estabilização do mercado devem ser realizados para a redução do grau de IAN crônica entre os adolescentes.
	Chen L et al., 2009 Ásia (Taiwan)	serviço de saúde ambulatorial	doenças associadas à nutrição (diabetes, desordens metabólicas, anemia), crescimento, desordens mentais	A pobreza e a IAN podem formar um ciclo vicioso, causar mais privação de riqueza através de encargos com despesas diretas para cuidado de saúde e custos indiretos associados a perda de produtividade.	Garantir a SAN para crianças é uma das mais importantes responsabilidades de um governo . Outras abordagens de programas podem ser necessárias para a superação da situação de IAN de crianças pobres e dos resultados de saúde relacionados.

Grupos mais vulneráveis à IAN (n= 1)	Chilton M et al., 2009 América do Norte (EUA)	serviço de saúde hospitalar	condições de saúde	Crianças de mães imigrantes estão em maior risco de saúde e IAN. O estado de saúde na infância afeta, não só o desenvolvimento de saúde, desenvolvimento, estado socioemocional e desempenho escolar, o estado de saúde do adulto, o nível socioeconômico e a produtividade. Políticas que restringem o acesso das famílias de imigrantes aos cuidados de saúde, podem ter efeitos graves sobre esta população já vulnerável.	Intervenções políticas de combate à IAN em famílias de imigrantes podem promover a saúde de crianças.
Gênero (n= 2)	Belachew T et al., 2011 África (Etiópia)	domicílio	gênero	Na situação de IAN, o gênero é um importante preditor do estado de saúde auto-relatado pelo adolescente	Intervenções de SAN devem e prestar atenção especial às meninas para diminuir as diferenças de saúde entre meninos e meninas
	Hadley C et al., 2008 África (Etiópia)	domicílios	gênero	A IAN na adolescência está associada a importantes dimensões da saúde e bem estar e gênero .	Pesquisas futuras para verificar e examinar os mecanismos pelos quais meninas experimentam maiores níveis de IAN quando vivem em domicílios com estresse alimentar.
Ambiente social e ambiente alimentar (n= 1)	Carter MA et al., 2012 América do Norte (Canadá)	domicílio e ambiente social	aspectos do ambiente social	Abordar o ambiente social em q as pessoas vivem e a melhoria da situação de renda do agregado familiar pode ser benéfico para o enfrentamento da IAN.	Mais estudos sobre ambiente social locais. Planejadores urbanos, políticos, nutricionistas, assistentes sociais, promotores de saúde podem considerar ambientes sociais locais na implementação de qualquer tipo de intervenção em SAN: iniciativas de capacitação para construir capital social e incentivar a interação social na comunidade . O planejamento e a avaliação devem tornar-se uma prioridade .

Estado de Saúde (n= 2)	Ryu JH et al., 2012 América do Norte (EUA)	domicílio	estado de saúde	Domicílios afetados pela IAN pode ter impacto negativo na situação de saúde de crianças.	Apoio a programas de assistência nutricional a famílias vulneráveis, programas de alimentação escolar .
	Shaikh U et al., 2009 América do Norte (EUA)	domicílio e serviço de saúde	suplementação de vitaminas e minerais	Um grande n° de crianças e adolescentes usam suplementos vitamínicos e minerais.	Pesquisas qualitativas para explorar a importância relativa dos fatores que influenciam a decisão dos pais para usarem suplementos vitamínicos e minerais para os filhos.
Saúde mental (n= 4)	McLaughlin KA et al., 2012 América do Norte (EUA)	domicílios e escolas	saúde mental	O acesso aos alimentos em quantidade e qualidade insuficientes está associado a um gama de desordens mentais em adolescentes.	Expansão de programas destinados a aliviar a fome de crianças e a pressão econômica das famílias.
	Belsky DW et al., 2010 Europa, Reino Unido, Inglaterra e País de Gales	domicílios	desenvolvimento cognitivo, comportamental e emocional	IAN associada a problemas emocionais de escolares. A personalidade das mães e a sensibilidade doméstica às necessidades das crianças podem apresentar desafios para a IAN.	Intervenções para melhora na parentalidade, redução do abandono e benefícios para suprimento de alimento nos domicílios.
	Huang J et al., 2010 América do Norte (EUA)	domicílios	problemas comportamentais	Relações dinâmicas entre IAN, características dos pais e problemas comportamentais da criança não são capturadas de uma forma simples.	Essas relações devem ser investigadas com dados bem delineados e com diversas metodologias
	Melchior M et al., 2009 Europa e Reino Unido	domicílios	problemas comportamentais	IAN mais frequente em crianças de mães com experiência de problemas de saúde mental, como depressão, psicoses e violência doméstica .	Estudos de intervenção para testar se melhorar a saúde mental das mães pode aliviar o impacto da IAN em famílias com crianças

Estado Nutricional (n= 3)	Gundersen C et al., 2009 América do Norte (EUA)	domicílios	estado nutricional (obesidade)	Crianças em situação de IAN não foram mais propensas a serem obesas do que crianças em situação de SAN, após o controle de outros fatores como etnia e gênero.	Manutenção de programas de enfrentamento da obesidade infantil, como atividade física nas escolas e programas de nutrição e qualidade de vida.
	Gundersen C et al., 2008 América do Norte (EUA)	domicílios	estado nutricional (sobrepeso)	A IAN e o excesso de peso coexistiram entre adolescentes de baixa renda.	Pesquisas para explorar as relações potenciais entre a IAN e o sobrepeso, além de políticas para informar melhor e tentar abordar essas questões entre famílias de baixa renda.
	Bronte-Tinkew J et al., 2007 América do Norte (EUA)	domicílios	estado nutricional (sobrepeso)	A IAN interfere nas interações entre pais e filhos e afeta aspectos centrais do desenvolvimento, tais como a saúde geral e o excesso de peso .	Continuidade e o fortalecimento de iniciativas políticas para assegurar que famílias com crianças tenham comida suficiente, previsível e confiável.
Carências Nutricionais (n= 1)	Eicher-Miller HA et al., 2009 América do Norte (EUA)	serviço de saúde ambulatorial	deficiência de micronutriente - ferro	Anemia por deficiência de ferro é uma preocupação para adolescentes em IAN, apesar da existência de políticas e programas direcionados a este público.	Necessidade contínua de intervenções para reduzir a anemia ferropriva entre crianças com IAN e melhorar a sua situação de SAN
Consumo alimentar (n= 2)	Belachew T et al., 2013 África (Etópia)	domicílios	práticas alimentares	IAN tem consequência negativa nas dietas de adolescentes que pode colocá-los em risco de desenvolver múltiplas deficiências nutricionais.	Programas para melhorar a nutrição na adolescência. Intervenções de SAN na produção local diversificada e o consumo de alimentos ricos em nutrientes .
	Cunningham TJ et al., 2012 América do Norte (EUA)	domicílios	consumo de refrigerantes	A ingestão de refrigerantes durante a primeira infância, um período sensível do desenvolvimento humano, pode representar um caminho crítico que liga a IAN a saúde.	Disponibilidade e acessibilidade de alimentos nutritivos devem ser parte integrante de estratégias de intervenção às famílias em IAN. Envolver vários setores de diferentes níveis estaduais e municipais.

Amamentação (n= 1)	Young SL et al., 2014 África (Uganda)	serviço de saúde hospitalar	amamentação e alimentação complementar	Crianças de domicílios em IAN não tem aleitamento materno até o sexto mês	A relação causal entre IAN, HIV, desnutrição materna e práticas de alimentação infantil deve ser mais explorada
Desenvolvimento e crescimento infantil (n= 4)	Hernandez DC et al., 2009 América do Norte (EUA)	domicílios	desenvolvimento motor e cognitivo, peso e estado de saúde	Crianças que residem em domicílios em IAN experimentam efeitos negativos em seu desenvolvimento	Sensibilização e assistência podem diminuir impactos imediatos da IAN sobre o desenvolvimento da criança
	Belachew T et al., 2011 África (Etiópia)	domicílios	idade da menarca	IAN associada ao atraso da idade da menarca, isso reflete no desenvolvimento, crescimento no estado nutricional e bem estar de meninas.	Não havia.
	Pilgrim A et al., 2012 Europa (Reino Unido)	domicílios	dieta e composição corporal	A saúde e a dieta relatadas pelos mais pobres têm implicações importantes para o desenvolvimento e saúde de crianças ao longo da vida	Não havia.
	Belachew T et al., 2013 África (Etiópia)	domicílios	crescimento infantil	IAN associada negativamente ao crescimento linear, especialmente de meninas	Intervenções nutricionais para promover o crescimento e a quebra do ciclo intergeracional da desnutrição. Combinação de diferentes tipos de políticas e programas que interfiram na condição socioeconômica, a promoção da igualdade de gênero. Pesquisas para ajudar a entender essa relação entre IAN e crescimento.
Desempenho escolar (n= 1)	Belachew T et al., 2011 África (Etiópia)	domicílios	absenteísmo escolar, desempenho escolar	IAN afeta negativamnte a frequência e o desmpenho escolar de adolescentes.	Intervenções na escola que considerem formas de aumentar a frequência escolar e mecanismos que melhorem a dieta de escolares

[grifo nosso]

Tabela 3 – Focos temáticos e estratégias para atuação em SAN extraídos, respectivamente, das conclusões e recomendações dos estudos transversais com abordagem quantitativa (n= 49). Base de dados PubMed, 2007-2016.

Focos temáticos	Autor/Ano Continente/país	Cenário	Aspectos relacionados	Conclusões	Recomendações/Estratégias de ação
Sistemas alimentares (n= 3)	Poblacion AP et al., 2014 América Latina e Caribe (Brasil)	domicílios	localização regional, classe econômica, participação em programas de transferência de renda	Domicílios em IAN têm maiores riscos regionais, sociais e econômicos.	Expansão de programas sociais.
	Morrissey TW et al., 2014 América do Norte (EUA)	domicílios	preço dos alimentos e estado nutricional	Associação significativa entre os preços dos alimentos e a IAN. Profissionais de saúde que trabalham com crianças de baixa renda em áreas com alimentos de custo alto, devem estar cientes do potencial aumento do risco de excesso de peso ou obesidade e podem referenciar essas famílias para programas que ofereçam alimentos saudáveis com preços reduzidos.	Políticas públicas que subsidiem frutas e vegetais podem ser eficazes na melhoria dos resultados de saúde e peso de crianças. Pesquisas sobre os efeitos de novas iniciativas e locais de fornecimento de refeições como assistência de nutrição pública, além do controle dos efeitos de variação dos preços dos alimentos.
	Dubois L et al., 2011 América do Norte (Canadá) e África (Jamaica)	escolas	sobrepeso e obesidade	Tendências no sistema alimentar global, a dinâmica familiar e as diferenças de gênero influenciam na propagação do sobrepeso/obesidade em ambos países desenvolvido e em desenvolvimento.	Intervenções de saúde que visem conter a epidemia de sobrepeso/obesidade devem olhar a biologia e os comportamentos individuais para além das causas da epidemia e considerar as diferenças de gênero e outros fatores familiares.

Pobreza e condições de renda (n= 6)	Facchini LA et al., 2014 América Latina e Caribe (Brasil)	domicílios	localização regional, renda, escolaridade materna, cor da pele, nº de crianças nos domicílios, participação em programas de transferência de renda, famílias chefiadas por mulheres	IAN associada à pobreza extrema . A falta de poder aquisitivo dificulta a compra de alimentos e contribui para a permanência do problema.	<p>Políticas sociais para identificação das famílias mais vulneráveis devem considerar fatores como localização regional, renda, escolaridade materna, cor da pele materna, nº de crianças < 7 anos no domicílio e famílias chefiadas por mulheres. Expansão da cobertura dessas políticas, a focalização criteriosa e o incremento dos valores pagos por benefícios sociais.</p> <p>Intervenção com grupos de profissionais das áreas da saúde, educação e assistência. Ações para a melhoria do acesso ao saneamento básico, a qualificação de recursos humanos visando à geração de emprego e renda, além de ações educativas que ampliam a compreensão da IAN e seus determinantes nos municípios</p> <p>O monitoramento da inequidade com uso da EBIA poderá auxiliar os gestores da política de combate à fome, tanto na identificação dos grupos para os quais os recursos deverão ser prioritariamente dirigidos quanto ao estabelecimento de metas de cobertura populacional, possibilitando a avaliação das intervenções.</p>
	Guerra LDS et al., 2013 América Latina e Caribe (Brasil)	domicílios	baixa renda, saneamento básico, local de nascimento, cor da pele	Maior prevalência de IAN em domicílios com renda familiar baixa , condições de saneamento precárias, adolescentes de cor da pele preta	
	Panigassi G et al., 2008 América Latina e Caribe (Brasil)	domicílios	renda, escolaridade, cor da pele, composição familiar, características da moradia, condições de saneamento	IAN concentrou-se em famílias com maior nº de membros < 18 anos, moradias com construções precárias, alta aglomeração de moradores, sem rede de esgoto, baixa renda , baixa escolaridade, cor da pele preta. A EBIA é uma importante medida direta de SAN e indicador para monitoramento da inequidade, podendo complementar um conjunto de indicadores sociais ou mesmo, de forma isolada, identificar grupos com vulnerabilidade social.	

Grupos mais vulneráveis à IAN (n= 3)	Nalty CC et al., 2013 América do Norte (EUA)	domicílios	redução do nº de refeições, consumo de alimentos de baixo custo	Limitação de recursos em colônias fronteiriças levam a situação de IAN.	Pesquisas futuras devem continuar a explorar a forma como a SAN é entendida a partir das perspectivas e experiências de crianças e adolescentes.
	Gundersen CG e Garasky SB, 2012 América do Norte (EUA)	domicílios	habilidades e práticas de gestão financeira	Domicílios com maior capacidade de gestão financeira são menos propensos a estarem em situação de IAN.	Melhoria das habilidades de gestão financeira das famílias tem potencial para reduzir a situação de IAN.
	Usfar AA et al., 2007 Ásia (Indonésia)	domicílios	estratégias do agregado familiar	Pedir dinheiro emprestado para comprar comida, comer menos, vender pequenos produtos trabalho infantil, comer qualquer alimento disponível são estratégias utilizadas.	Estratégias para o enfrentamento da situação de IAN no domicílio, como saúde, segurança de subsistência, consumo de alimentos.
	de Souza Bittencourt L et al., 2013 América Latina e Caribe (Brasil)	escolas públicas (estaduais e municipais)	baixa escolaridade, gênero, cor da pele, renda, nº de residentes no domicílio	Alta prevalência de IAN em domicílios com escolares do gênero feminino , com membro de referência de cor da pele preta e baixa escolaridade, domicílio com renda baixa e com grande nº de residentes.	Estratégias que possam diminuir as desigualdades sociais no ambiente escolar.
	Omidvar N et al., 2013 Ásia (Irã)	domicílios	domicílios chefiados por mulheres, baixa escolaridade, desemprego	Refugiados e imigrantes são grupos potencialmente vulneráveis.	Monitoramento da saúde e bem-estar de refugiados e imigrantes. Programas de acesso aos alimentos.
	Kimani-Murage EW et al., 2011 África (Kenya)	favelas	estado de orfandade e estado nutricional	Órfãos são mais vulneráveis à IAN, são do gênero masculino, vivem em domicílios com menor nível socioeconômico e chefiados por mulheres . Políticas que restringem o acesso de imigrantes aos cuidados de saúde, podem ter efeitos graves a essa população já vulnerável.	Políticas e práticas para identificar grupos-alvo e programas de intervenção para melhorar o bem-estar de órfãos e crianças vulneráveis que vivem em comunidades pobres urbanas.

Ambiente social e ambiente alimentar (n= 2)	Dhokarh R et al., 2011 América do Norte (EUA)	domicílio e serviço de saúde	demográficos, socioeconômicos, aculturação, rede de contatos sociais, reciprocidade (troca de serviços) e participação em programas emergenciais de alimentos	Baixo nível de aculturação (local de nascimento, identificação linguística) e redes sociais pobres podem estar relacionados com a IAN nas famílias.	Fortalecimento das redes sociais como estratégias para melhorar a SAN e intervenções educativas.
	Tolzman C et al., 2014 América do Norte (EUA)	domicílios	demográficos, acesso aos alimentos e comportamentos de saúde	Viver em região de food desert pode significar aumento da IAN.	Os serviços de saúde devem conhecer o ambiente onde seus pacientes vivem.
Estado de Saúde (n= 3)	Niclasen B et al., 2013 Europa, América do Norte e Ásia	escolas	situação de saúde (percepção de saúde, sintomas físicos e uso de medicamentos)	A percepção de saúde, sintomas físicos e uso de medicamentos foram negativamente associados à ocorrência de IAN.	A ocorrência frequente de IAN deve ser vista como uma questão importante de saúde pública. Intervenções estruturais para redução da IAN em escolares: merenda escolar para evitar desnutrição, falta de concentração e mau desempenho escolar.
	Gucciardi E et al., 2009 América do Norte (Canadá)	domicílio	diabetes, práticas de autocuidado e estado de saúde	Maior prevalência de IAN em pessoas com diabetes , está associada a baixa atividade física, baixo consumo de frutas e vegetais , satisfação com a vida, tabagismo , relato de necessidades de saúde não atendidas, transtornos de humor, acidente vascular cerebral e estresse.	O estado de SAN do domicílio deve ser um componente essencial para os planos de avaliação e cuidado de pacientes com diabetes.
	Eicher-Miller HÁ et al., 2011 América do Norte (EUA)	domicílios	aspectos de saúde (densidade óssea) e consumo de suplementos	Adolescentes em IAN têm menos massa óssea quando comparados com aqueles em SAN, especialmente entre os meninos.	Intervenções que melhorem a dieta, a saúde dos ossos e a IAN.

Saúde mental (n= 2)	Friel S et al., 2014 Oceania (Austrália)	domicílios	saúde mental	Associação moderada entre IAN e aflições psicológicas .	Estratégias de adaptação à alterações climáticas que considerem impactos sociais, de nutrição e de saúde mental.
	Melchior M et al., 2012 América do Norte (Canadá)	domicílios	demográficos, saúde mental, tabaco	Crianças que crescem em famílias com IAN tem maior risco de persistir sintomas de hiperatividade e falta de atenção .	Reduzir a IAN pode ajudar a diminuir problemas mentais em escolares, reduzindo também a desigualdade social .
HIV/AIDS (n= 3)	McCoy SI et al., 2015 África (Zimbabwe)	Serviço de saúde ambulatorial	HIV	Maior porcentagem de crianças expostas ao HIV viviam em domicílios com IAN grave comparado a crianças de domicílios em SAN.	Estudos prospectivos para investigar a relação entre IAN e o acesso a serviços de prevenção do HIV para mulheres grávidas e puérperas. Investimento em programas de alimentação e nutrição para mulheres grávidas .
	Mendoza JÁ et al., 2014 África (Botswana)	Serviço de saúde hospitalar	marcadores bioquímicos	A melhora da situação de IAN pode melhorar a situação clínica de crianças com HIV positivo .	Estudos , incluindo ensaios experimentais destinados a reduzir a IAN.
	Mendoza JÁ et al., 2013 América do Norte (EUA)	Serviço de saúde hospitalar	marcadores bioquímicos	Famílias com pacientes pediátricos HIV positivo experimentam individualmente IAN.	Rotina de mensuração de IAN em clínicas que cuidam de pacientes pediátricos HIV positivo. Políticas e programas direcionados a aliviar a IAN de pacientes que vivem com HIV.
Transição Nutricional (n= 2)	Schlüssel MM et al., 2013 América Latina e Caribe (Brasil)	domicílios	excesso de peso e obesidade	É possível que o processo de transição nutricional modele o efeito deletério da IAN no acúmulo da gordura corporal ao longo da vida, com associação entre adolescentes e mulheres adultas, mas não ainda entre crianças.	Não há.
	Isanaka S et al., 2007 América Latina e Caribe (Colômbia)	escolas públicas	baixo peso e baixa renda	A IAN não é, necessariamente, preditor de excesso de peso em transição nutricional .	Estudos longitudinais que investiguem o impacto de IAN na saúde de crianças e adultos. Pesquisas futuras sobre estratégias de enfrentamento para IAN.

Estado Nutricional (n= 9)	Vicenzi K et al., 2015	América Latina e Caribe (Brasil)	escolas públicas	excesso de peso	A IAN associada ao excesso de peso .	Necessidade de estudos prospectivos.
	Santos LP et al., 2013	América Latina e Caribe (Brasil)	domicílios	estado nutricional	Crianças vivendo com algum grau de IA têm piores índices nutricionais , principalmente de estatura/idade . Essa relação parece estar fortemente ligada ao rendimento mensal da família e a região de moradia	Não há.
	de Souza MM et al., 2012	América Latina e Caribe (Brasil)	creches públicas	déficit de estatura e excesso de peso	Além do déficit de estatura e o excesso de peso , o esquema vacinal incompleto foi determinante proximal associado à forma crônica de desnutrição infantil	Melhorar a qualidade dos cuidados nutricionais oferecidos nas creches afim de torná-las um aparelho eficiente na prevenção de distúrbios nutricionais e na promoção de SAN.
	Kac G et al., 2012	América Latina e Caribe (Brasil)	domicílios	altura por idade e peso por idade	Não houve associação entre IAN e os índices antropométricos .	A transição nutricional deve ser considerada na interpretação dos resultados de estudos que examinam a relação entre IAN e o risco de obesidade em todo o ciclo de vida.
	Santos JV et al., 2010	América Latina e Caribe (Brasil)	domicílios	estado nutricional	Nas famílias em IAN coexistem excesso de peso e obesidade entre crianças e uma prevalência substancial de déficit de crescimento . A situação de IAN pode estar relacionada não somente à diminuição da quantidade de alimentos como à perda da qualidade nutritiva da dieta.	Não há.

Hackett M et al., 2009	América Latina e Caribe (Colômbia)	domicílios	estado nutricional, diarreia, infecções respiratórias, parasitoses	Relação importante entre a situação de IAN domiciliar e o estado nutricional de crianças que participam de programas de assistência alimentar.	Estudos futuros para avaliar a proposta de instrumento de IAN em diferentes momentos e depois, projetos de intervenção para determinar se esta ferramenta representa uma opção confiável para avaliar intervenções.
Sunguya BF et al., 2014	África (Tanzânia)	serviço de saúde ambulatorial	desnutrição e práticas alimentares	Crianças de domicílios em IAN apresentaram desnutrição , baixa frequência alimentar e baixo escore de diversidade alimentar. A baixa frequência foi associada ao nanismo , baixo peso e magreza . Os fatores associados à baixa frequência de alimentação incluíram baixo índice de riqueza, baixa escolaridade materna e da cuidadora, IAN e infecções respiratórias agudas .	Intervenções focadas no agregado familiar , a formação de profissionais de saúde com treinamento em nutrição podem ajudar no apoio e na redução de equívocos sobre alimentos saudáveis, cuidadores podem ajudar na utilização eficiente dos alimentos disponíveis na região .
Cordeiro LS et al., 2012	África (Tanzânia)	domicílio	desnutrição	A situação de SAN domiciliar pode mitigar o estado nutricional , podendo proteger os adolescentes dos efeitos negativos da desnutrição sobre o desenvolvimento cognitivo, crescimento e desenvolvimento .	Estratégias focadas no aumento da ingestão de energia e a melhora da diversidade alimentar entre famílias vulneráveis. Pesquisas que investiguem a SAN como um fator de proteção para a saúde.
Lyons AA et al., 2008	América do Norte (Canadá)	domicílios	obesidade	Associações entre obesidade e IAN são mais pronunciadas quando são utilizados os dados autorelatados de peso e altura. Deve-se ter cuidado quando se utiliza dados autoreferidos para examinar a relação entre IAN e obesidade .	Pesquisas para compreensão de como a saúde é influenciada pela associação entre estado nutricional e IAN. Estudos longitudinais poderiam ajudar a delinear a associação entre obesidade e IAN.

Consumo alimentar (n= 6)	Antunes MM et al., 2010	domicílios	consumo alimentar	A IAN das famílias compromete a qualidade da dieta infantil, reduzindo o consumo de alimentos proteicos, aumentando o consumo de café e de alimentos de alta densidade energética.	Ações de combate à IAN, ações educativas para a melhoria da qualidade da dieta em toda a população, em particular famílias em IAN.
	América Latina e Caribe (Brasil)				
	Ali D et al., 2013	domicílios	diversidade alimentar e desnutrição	Crianças que apresentaram diversidade alimentar não mostraram relação entre IAN e desnutrição.	Intervenções para a melhora da desnutrição infantil e combate a IAN. Pesquisas que investiguem a quantidade e a qualidade da dieta de crianças, outros potenciais mediadores do caminho entre IAN e desnutrição, tais como doenças infantis ou depressão materna.
	Ásia (Bangladesh, Etiópia e Vietnam)				
	Fram MS et al., 2015	escolas	hábitos de vida - dieta e atividade física	Crianças de domicílios em IAN tem dieta calórica, baixo consumo de vegetais e maiores barreiras para atividade física.	Profissionais da saúde, educação, assistência social devem estar cientes da IAN como um possível fator contribuinte para o risco de obesidade infantil e outros problemas da saúde ligados a uma alimentação inadequada
	América do Norte (EUA)				
	Sharkey JR et al., 2012	domicílios	consumo alimentar	Crianças de domicílios em IAN tem dieta calórica, com ingestão de alimentos ricos em gordura e açúcar.	Pesquisas para compreender estratégias de enfrentamento e utilização de programas de assistência nutricional nacionais e comunitários.
	América do Norte (EUA)				
	Rosas LG et al., 2009	serviço de saúde	ingestão dietética	A IAN foi associada a uma ingestão dietética que pode estimular o excesso de peso na infância.	Intervenção no âmbito da educação e o aumento de recursos financeiros para a aquisição de alimentos saudáveis.
	América Latina e Caribe (México) e América do Norte (EUA)				

	Kirkpatrick SI et al., 2008 América do Norte (Canadá)	domicílios	ingestão dietética	A IAN em algum grau estava associada à ingestão inadequada de nutrientes .	A vulnerabilidade nutricional associada à IAN destaca a necessidade urgente de respostas de políticas públicas . Pesquisas longitudinais para elucidar a cronicidade da IAN e as suas consequências nutricionais.
Carências Nutricionais (n= 3)	Fischer NC et al. 2014 América Latina e Caribe (México)	domicílios	carências nutricionais	Anemia associada a IAN.	Intervenções que visem melhorar a saúde de mulheres adultas em idade reprodutiva, para reduzir a prevalência de anemia e suas consequências.
	Pedraza DF et al., 2014 América Latina e Caribe (Brasil)	escolas públicas	estado nutricional e marcadores bioquímicos de deficiências de micronutrientes	A situação de IAN não apresentou associação com crescimento e com as concentrações de vitamina A, hemoglobina e zinco .	Investigação em diferentes contextos para maior profundidade sobre a situação de IAN.
	Oliveira JS et al., 2010 América Latina e Caribe (Brasil)	domicílios	marcadores bioquímicos de deficiências de micronutrientes	A IAN não se associou aos níveis de vitamina A e hemoglobina . Uma possível explicação para esse fato seriam as altas prevalências de IAN em mais de 2/3 das famílias, o que resultou homogeneidade na amostra.	Não há.
Desempenho Escolar (n= 1)	Bernal J et al., 2014 América Latina e Caribe (Venezuela)	escolas públicas	Desempenho Escolar	Crianças que reportaram IAN apresentaram alterações nas suas atividades diárias e altas prevalências de absenteísmo escolar , nanismo e mau desempenho escolar .	Intervenções nutricionais e não nutricionais que possam ajudar a mitigar a IAN e seus efeitos. Programas de alimentação escolar, de assistência social , de educação para os pais, professores e profissionais de saúde.

Amamentação (n= 3)	Gomes GP et al., 2012 América Latina e Caribe (Brasil)	domicílios	prática de amamentação	A IAN está associada com maior prevalência de aleitamento materno no segundo ano de vida.	Não há.
	Gross RS et al., 2012 América do Norte (EUA)	Serviço de saúde ambulatorial	amamentação, práticas e percepções maternas	O aumento da preocupação sobre o futuro de sobrepeso e controle dos hábitos de aleitamento representam potenciais mecanismos para a relação entre a IAN e a obesidade.	Formuladores de políticas devem ter o objetivo de prevenir a obesidade precoce, o que pode ser importante para a diminuição das prevalências de IAN.
	Feinberg E et al., 2008 América do Norte (EUA)	domicílios	práticas alimentares maternas compensatórias	Domicílios em IAN apresentam práticas de alimentação materna compensatórias para crianças, isso pode promover o excesso de peso na infância.	A IAN pode alterar o ambiente de alimentação, incluir, na rotina da história dietética, perguntas sobre SAN , suplementos nutricionais e estimulantes do apetite. Estudos longitudinais sobre práticas de alimentação materna e peso da criança.
Cuidados primários em saúde (n= 3)	Chi DL et al., 2014 América do Norte (EUA)	Serviço de saúde ambulatorial	saúde bucal	A identificação dos potenciais mediadores da IAN e cárie (fast foods, bebidas açucaradas, micronutrientes) podem permitir o desenvolvimento da nutrição com foco em intervenções sociais e comportamentais em populações vulneráveis.	Pesquisas sobre a melhoria do ambiente alimentar, qualidade e escolha para comunidades de baixa renda; educação de famílias socioeconomicamente vulneráveis sobre o preparo e realização de refeições saudáveis.
	To QG et al., 2014 América do Norte (EUA)	domicílios	hábitos de vida, atividade física	A atividade física deve ser considerada quando se estuda e busca explicar a relação entre IAN e resultados de saúde.	Pesquisas são necessárias para confirmar a relação de causalidade entre a IAN e atividade física.
	Beck AF et al., 2014 América do Norte (EUA)	intervenções de cuidados infantis primários; Serviço de saúde ambulatorial	participação em programas sociais	A clínica comunitária pode ser um instrumento de identificação dos determinantes sociais de saúde . Intervenções sociais em centros de cuidado primário podem beneficiar com a experiência comunitária.	Novos esforços em direção ao engajamento comunitário e colaboração para melhorar os cuidados prestados aos desfavorecidos.

[grifo nosso]

A partir dos 80 artigos foi possível identificar 36 aspectos relacionados à situação de IAN, que abarcavam questões demográficas (idade, sexo, cor da pele); socioeconômicas (escolaridade, classe econômica, renda); aculturação (local de nascimento e identificação linguística); composição familiar (número de residentes, número de crianças no domicílio); crescimento infantil; estado nutricional (desnutrição, sobrepeso, obesidade; déficit de estatura para a idade); desempenho escolar; amamentação (práticas e percepções); morbidades (diabetes, desordens metabólicas, anemia, diarreia, infecções respiratórias, parasitoses); acesso aos alimentos (preço, local de compra); saúde bucal (cárie); saúde mental; condições de saneamento; gênero; violações de direitos humanos; violência doméstica e entre outros (c.f. Tabelas 1, 2 e 3).

As conclusões/considerações finais dos estudos possibilitaram identificar 17 focos temáticos para a compreensão da situação de IAN nos diferentes continentes. Foram comuns nos estudos de abordagem qualitativa (c.f. Tabela 1) e quantitativa (c.f. Tabelas 2 e 3) os seguintes focos temáticos: sistemas alimentares, pobreza e condições de renda, ambiente social e ambiente alimentar e consumo alimentar.

Os estudos com abordagem quantitativa longitudinal e transversal trouxeram maior diversidade de focos temáticos. Os estudos com abordagem quantitativa longitudinal contribuíram para a compreensão da situação de IAN em contextos de desastres naturais, destacaram questões de gênero, o desenvolvimento e crescimento infantil (c.f. Tabela 2).

Os estudos com abordagem quantitativa transversal trouxeram a situação de IAN entre pessoas como HIV/Aids, em contextos de transição nutricional e sinalizam a importância dos cuidados primários em saúde para a SAN (c.f. Tabela 3). Estes estudos apresentaram em comum, informações importantes sobre os grupos mais vulneráveis à IAN (escolares do gênero feminino, refugiados e imigrantes, órfãos e mulheres), questões ligadas ao estado de saúde, à saúde mental, ao estado nutricional, às carências nutricionais, ao consumo alimentar, à amamentação e ao desempenho escolar de crianças e adolescentes (c.f. Tabelas 2 e 3).

Nas recomendações dos estudos foi possível identificar as estratégias de ação para atuação em SAN, expressas por meio das sugestões de políticas, programas e ações em diferentes cenários (escolas, domicílios e serviços de saúde), com diferentes atores (gestores, profissionais de saúde, professores, cuidadores, pais, movimentos sociais e associações comunitárias), e a necessidade do envolvimento de outros setores como

educação e agricultura. Além disso, os estudos recomendaram a realização de mais pesquisas longitudinais, ensaios experimentais e intervenções (c.f. Tabelas 1, 2 e 3).

Discussão

A compreensão da alimentação na perspectiva da SAN possibilita partir de um marco conceitual mais abrangente considerar alguns aspectos do processo saúde-doença nos âmbitos coletivo e individual, como por exemplo, o sistema político-econômico mundial, o reconhecimento da SAN como um direito humano, os serviços de saúde e de educação, o comportamento e os hábitos alimentares ²². Em complemento a essa noção também é possível abarcar dimensões analíticas um pouco mais específicas que corroboram para o entendimento da alimentação na perspectiva da SAN, tomando como foco: o direito humano (realização de direitos e justiça social), os aspectos biológicos (aspectos nutricionais, sanitário e sensorial), sociocultural (sistema de valores, relação entre indivíduos e coletivos com a comida), econômico (relações de trabalho estabelecidas no âmbito do sistema alimentar, preço dos alimentos) e ambiental (formas de produção, comercialização e consumo de alimentos) ²³.

A literatura da área da saúde de modo geral apresenta estudos que abordam algumas dessas dimensões analíticas ^{24,25, 26}, no entanto, o foco principal é o aspecto biológico, com predomínio da abordagem quantitativa epidemiológica. Sendo necessários estudos qualitativos que possam contribuir para reflexões e proposições ampliadas para o campo da saúde pública, com abordagens que possibilitam a compreensão da alimentação como um direito humano e sua relação com outros direitos fundamentais, como saúde, moradia, educação, trabalho, participação e informação.

Os artigos analisados nesta revisão possibilitaram conhecer os diferentes continentes nos quais foram realizadas pesquisas empíricas sobre a situação de IAN, a diversidade dos cenários urbanos investigados e os aspectos relacionados a essa questão. Apesar dos estudos não tratarem diretamente do DHAA como objeto de investigação ou mesmo tê-lo como caminho principal de discussão, eles iluminaram questões relacionadas à situação de IAN que permitiu identificar focos de compreensão e estratégias de ação para a atuação em SAN que visa à garantia e a efetivação do DHAA. Além disso, sinalizaram a conexão entre a SAN e a saúde pública, principalmente, pela diversidade temática extraída dos estudos (c.f. Figura 2). No entanto, essa é uma conexão que ainda necessita ser fortalecida.

Os focos temáticos centraram-se nos aspectos da disponibilidade, do acesso e da produção dos alimentos, além da sua utilização biológica com foco nas doenças associadas à nutrição. Porém, para a compreensão da alimentação como um direito humano é necessário fortalecer focos temáticos como, sistemas alimentares, pobreza e condições de renda, ambiente social e ambiente alimentar, grupos mais vulneráveis à IAN, gênero, estado de saúde, saúde mental, amamentação, desempenho escolar, cuidados primários em saúde, cultura alimentar, produção regional e local dos alimentos. Visando fortalecer a importante relação do DHAA com os outros direitos sociais, fundamentais: a saúde, a educação, a moradia, o trabalho e o lazer.

Os direitos humanos são um conjunto de direitos universais, indivisíveis, inalienáveis, interdependentes e inter-relacionados que todo ser humano possui ao nascer ²⁷. Assim, quando existe a violação de um direito, muito provavelmente há a violação concomitante de outros ²⁸. Os direitos humanos são metas desejáveis e fins que devem ser perseguidos, no entanto, entre os problemas que os envolvem, destacam-se a necessidade de protegê-los mais do que justifica-los enquanto norma jurídica e o seu enfrentamento como um problema político ²⁹.

A alimentação é um direito que está relacionado a outros direitos humanos, como a saúde (nutrição), a vida (fome, desnutrição), a água (preparo, higiene e consumo), a moradia (espaço para cozinhar; e que no caso de aluguel, pode concorrer com a falta de renda para a aquisição de alimentos), a educação (conhecimento sobre alimentação), o trabalho e a seguridade social (obter alimentos ou ter benefícios de transferência de renda), a participação (cidadania e engajamento político, participação nas ações governamentais), a informação (escolha para consumo), o trabalho infantil (estratégia utilizada para comprar alimentos em situação de escassez) e a privação de liberdade (prisão) ⁴.

No ano de 2004 a ONU lançou as Diretrizes Voluntárias em apoio à realização progressiva do direito à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar nacional, que representaram a primeira iniciativa de governos em interpretar um direito econômico, social e cultural e apoiar a sua efetivação enquanto um direito humano fundamental. A partir disso, inicia-se o incentivo ao reconhecimento e a criação de garantias (jurídicas, programáticas, orçamentárias e democráticas) para a efetivação do DHAA no âmbito nacional dos países ²¹. O que requer um caminho considerável de disputas, lutas e conquistas políticas entre Estado e sociedade. No âmbito da produção científica, o incentivo de investigação do tema da SAN a partir desse período pode ter

ocorrido, visto que os anos de maiores publicações ocorreram a partir de 2009. Pode-se perscrutar que isso tenha ocorrido para a realização de pesquisas que trouxessem o diagnóstico da situação de IAN nos países.

Ao discutir os estudos analisados, é importante considerar as diferenças políticas, econômicas, sociais e culturais existentes em cada país, por conta da influência que isso tem nas concepções locais do que é IAN e na criação das garantias para a efetivação do DHAA. Contudo, alguns princípios são fundantes para a garantia e a efetivação desse direito, como a participação social, a prestação de contas e a transparência, a não-discriminação em favor da inclusão, o respeito à dignidade humana, a delegação de poder/responsabilidade e a existência efetiva de um Estado de direito³⁰. A partir dos estudos analisados observou-se que tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento a alimentação ainda carece ser efetivada como um direito humano que visa à dignidade e a justiça social para todas as pessoas.

Nos cenários urbanos, os imigrantes, refugiados, mulheres e crianças são grupos de pessoas mais vulneráveis à IAN e os direitos humanos fundamentais como à saúde, a educação, o trabalho e a moradia quando não garantidos atingem diretamente o DHAA. Neste sentido, não há como ignorar que as interações e práticas locais refletem os contextos mais globais, revelando as relações de poder nas questões que dizem respeito à vida ou que ameaçam o tecido social^{31, 32}. Assim, a situação de IAN descortina, por exemplo, a desigualdade de gênero quando o tema é a alimentação.

Nos países em desenvolvimento, a situação socioeconômica da população é um aspecto importante que deve ser considerado na concretização do DHAA, pois ainda que haja expansão, crescimento e desenvolvimento da economia e certa melhora nos indicadores sociais, as desigualdades sociais e econômicas, étnico-raciais, de gênero e de acesso e disponibilidade aos alimentos permanecem como problemas estruturais a serem enfrentados^{2, 33, 34}.

A pobreza continua sendo uma das principais causas para mortalidade prematura no cenário contemporâneo e tem contribuído para doenças e agravos que se expressam no comprometimento das condições de saúde³⁵ e alimentação da população³⁶. O ato de se alimentar se desenvolve e envolve regras sociais, ambiente, trajetória individual e valores de grupos (pertencimento).

Na sociedade contemporânea, vive-se um paradoxo da oferta abundante de alimentos ricos em açúcar, sal e gordura e da intensa publicidade de opções alimentares

convenientes, por um lado; e das mensagens da nutrição por uma alimentação saudável e a busca constante por um corpo *fitness*, por outro lado, que geram conflitos nas escolhas e no consumo alimentar ^{9, 37}.

A disponibilidade, o acesso, o consumo e a utilização biológica dos alimentos são alguns dos elementos que compõem a situação de SAN. Tanto no nível domiciliar, quanto individual a IAN se revela como um processo progressivo, gerenciado por meio de táticas presentes nos âmbitos domiciliar e individual ²². Deste modo, conhecer a situação de IAN da população (diagnóstico), monitorar e avaliar as políticas públicas e ações existentes (monitoramento e avaliação), formar atores para atuar como conhecedores do DHAA (formação de atores) e implementar ações de advocacia para o acompanhamento dos orçamentos públicos investidos na realização deste direito (advocacia) parecem ser estratégias cruciais para a efetivação do DHAA no âmbito local ^{3, 34}. Além de ações conjuntas intersetoriais entre o setor saúde e setores como saneamento, agricultura e abastecimento, educação, habitação e comunicação, que visem a promoção da saúde ³⁸.

Os estudos mostraram que os atores envolvidos no processo progressivo de realização do DHAA vão desde os titulares de obrigações (Estado e seus agentes), os titulares de responsabilidades (associações da sociedade civil organizada e movimentos sociais) até os titulares de direitos (todo ser humano, cidadão). Diante disso, a participação social nos processos de decisão e nas ações dos governos são de suma importância para a proteção dos direitos humanos e para o cumprimento das garantias orçamentárias dos Estados na implementação das políticas públicas que visam a efetivação desses direitos ³⁹.

No cenário contemporâneo, os direitos humanos estão ameaçados, principalmente, no caso de crianças e adolescentes que dependem de pais, familiares, cuidadores ou responsáveis para manterem sua existência. Tal cenário compromete o crescimento e o desenvolvimento deste grupo para alcançarem a sua vida adulta ⁴⁰, colocando em disputa a existência de gerações futuras.

Considerações finais

Esta revisão integrativa da literatura possibilitou conhecer a multidimensionalidade dos aspectos relacionados à alimentação na perspectiva da SAN, a partir de focos temáticos para a compreensão da alimentação como um direito humano e das diferentes estratégias de ação. Dentre estas, se destacam: sistemas alimentares,

pobreza e condições de renda, ambiente social e ambiente alimentar, consumo alimentar, HIV/AIDS, saúde mental, estado nutricional, carências nutricionais, amamentação e desempenho escolar. Das estratégias de ação para a efetivação do DHAA foram recomendadas: políticas, programas e ações em diferentes cenários (domicílios, serviços de saúde e escolas), com diferentes atores (gestores, profissionais de saúde, professores, cuidadores, pais, movimentos sociais e associações comunitárias) e a necessidade do envolvimento de outros setores como educação e agricultura, ou seja, ações intersetoriais.

Em síntese, os estudos analisados mostram a importância dos cuidados primários em saúde para a efetivação do DHAA no setor saúde, destacaram questões de gênero e apontou os grupos mais vulneráveis à IAN. Elucidaram a complexidade do problema abordado e reforçaram o pressuposto de que existem poucos estudos que investigam e discutem a alimentação como um direito humano, além de poucos estudos com abordagem qualitativa.

A efetivação do DHAA tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento está em disputa enquanto via de concretização de justiça social e garantia das gerações futuras. Diante disso, a produção científica da área da saúde que se dedicou à análise empírica da SAN em diferentes cenários urbanos com crianças e adolescentes parece se orientar por um caminho que direciona e dá mais ênfase aos aspectos biológicos. O que tende a localizar as discussões numa argumentação pouco fecunda para a compreensão e disputa da alimentação como um direito humano.

Embora esse estudo tenha investido esforços na análise e compreensão dos artigos que abordam contextos urbanos e não tenha incluído artigos com investigação em cenários rurais, comunidades tradicionais de pescadores, quilombolas e indígenas e com populações adultas, reconhece-se a importância dessa investigação para a SAN e o DHAA. A inclusão desses artigos na análise possibilitaria maior discussão dos aspectos ligados à reforma agrária, a regulação fundiária e o reconhecimento dos territórios para maior autonomia dos povos.

Adicionalmente, reconhece-se que a produção científica analisada colaborou para o diagnóstico da SAN nos diferentes países, inclusive no Brasil. No entanto, há um importante caminho a ser percorrido para a compreensão da alimentação como um direito e há insuficiência de estudos que investigam e discutam o DHAA.

Sugere-se que futuras pesquisas e publicações da área da saúde, particularmente, do campo da saúde pública (que supostamente teria um compromisso com a agenda dos

direitos humanos fundamentais), avancem na ampliação da noção da alimentação como um direito humano, buscando promover mudanças nos rumos do debate da SAN com enfoques e estratégias voltadas para o enfrentamento das questões políticas, econômicas e sociais inerentes a essa temática.

Referências

1. Ribeiro H, Jaime PC, Ventura D. Alimentação e sustentabilidade. *Estudos Avançados* 2017; 31(89):185-198.
2. Haddad L, Hawkes C, Webb P, Thomas S, Beddington J, Waage J, Flynn D. A new global research agenda for food. *Nature* 2016; 540:30-32.
3. Food and Agriculture Organization of the United Nations. *Cadernos de trabalho sobre o direito à alimentação*. Roma: FAO-ONU; 2014.
4. Food and Agriculture Organization of the United Nations. *The Right to Adequate Food. Human Rights. Fact Sheet N° 34. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights*. New York: FAO-ONU; 2010.
5. Magalhães R. Regulação de alimentos no Brasil. *R. Dir. sanit.* 2017;17(3):113-133.
6. Machado PP, Oliveira NRF, Mendes AN. O indigesto sistema do alimento mercadoria. *Saúde Soc.* 2016;25(2):505-515.
7. Konzernatlas Atlas das Multinacionais 2017. *Ideias na Mesa* [documento da internet]. 2017 [acessado 2017 Jan 26]. Disponível em: <http://www.ideiasnamesa.unb.br/index.php?r=noticia/view&id=2283>
8. International Food Policy Research Institute. *Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*. Washington: IFPRI; 2016.
9. Monteiro CA, Cannon G. The impact of transnational “Big Food” Companies on the South: a view from Brazil. *PLOSmedicine* 2012;9(7):1-5.
10. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL *et al.* Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *The Lancet* 2015;385(20):2510-2520.
11. World Health Organization. *Global Status Report on noncommunicable diseases 2014: “Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility”*. Geneva: WHO; 2014.

12. World Health Organization, UN-Habitat. *Global Report on Urban Health: equitable, healthier cities for sustainable development*. Executive Summary. Centre for Health Development: Kobe, UN-Habitat: Nairobi; 2016.
13. United Nations Children's Fund. *The state of the world's children 2012: children in an urban world*. New York: UNICEF; 2012.
14. Food and Agriculture Organization of the United Nations. *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Cumplimiento de los objetivos internacionales para 2015 em relación el hambre: balance de los desiguales progresos*. Roma: FAO-ONU; 2015.
15. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Organización Panamericana de la Salud. *América Latina y el Caribe – Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional: Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición*. Santiago: FAO-ONU, OPAS; 2016.
16. Santin GC, Pintarelli TP, Fraiz FC, Oliveira ACB, Paiva SM, Ferreira FM. Association between untreated dental caries and household food insecurity in schoolchildren. *Ciêñ Saúde Colet* 2016;21(2):573-584.
17. Young S, Wheeler AC, McCoy SI, Weiser SD. A review of the role of food insecurity in adherence to care and treatment among adult and pediatric populations living with HIV and AIDS. *AIDS Behav*. 2014;18(Suppl 5):S505-515.
18. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(4):758-764.
19. Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p. 393-415.
20. Organização das Nações Unidas. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Alto Comissariado de Direitos Humanos. Comentário Geral número 12: O direito humano à alimentação. New York: ONU; 1999.
21. Food and Agriculture Organization of the United Nations. *O direito à alimentação. Diretrizes voluntárias em apoio à realização progressiva do direito à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional*. Roma: FAO-ONU; 2015.

22. Kepple AW, Segall-Corrêa AM. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. *Ciêñ Saúde Colet* 2011;16(1):187-199.
23. Castro I. Desafios e perspectivas para a promoção da alimentação adequada e saudável no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2015;31(1):7-9.
24. Bezerra TA, Olinda RA, Pedraza DF. Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos. *Ciêñ Saúde Colet* 2017;22(2):637-651.
25. Sichieri, R, Pereira R. A. Revista de Saúde Pública: 50 years disseminating the knowledge in nutrition. *Rev Saúde Pública* 2016;50(72):1-12.
26. Pomeranz JL, Miller DP. Policies to promote healthy portion sizes for children. *Appetite* 2015;88:50-58.
27. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. [documento da internet]. 1948 [acesso 2016 Nov 5]. Disponível em: <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>
28. Gruskin S, Mills EJ, Tarantola D. Health and Human Rights 1 History, principles, and practice of health and human rights. *The Lancet* 2007;370(9585):449-455.
29. Bobbio N. Sobre os fundamentos dos direitos do homem. *A era dos direitos*. In: Bobbio N. Rio de Janeiro: Campus; 1992. p.15- 24.
30. Food and Agriculture Organization of the United Nations. *O Direito Humano à Alimentação Adequada no marco estratégico global para a segurança alimentar e nutricional*. Consenso global. Roma: FAO-ONU; 2014.
31. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciêñ Saúde Colet* 2014;19(4):1019-1029.
32. Costa CGA. Alimentação como um direito humano. In: Costa CGA: *Segurança alimentar e nutricional: significados e apropriações*. São Paulo: Annablume, Fapesp; 2011. p. 162- 182.
33. Nunnery DL, Dharod JM. Potential determinants of food security among refugees in the U.S.: an examination of pre- and post- resettlement factors. *Food Sec.* 2017;9(1):163-179.
34. Rocha C, Burlandy L, Magalhães R. *Segurança Alimentar e Nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
35. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P et al. *The Lancet* 2017;16(S0140-6736):1-9.

36. Organization of the United Nations. The Internacional Policy Centre for Inclusive Growth. United Nations Development Programme. Policy in Focus. *Food and nutrition security towards the full realization of human rights*. Brasília: ONUDP; 2016.
37. Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C. *Nutrição comportamental*. Barueri: Manole; 2015.
38. Burlandy L, Rocha C, Maluf MMM, Ferreira DM, Pereira SEAC. International cooperation for food and nutrition security: Systematization of the participatory, contextualized, and intersectoral educational practices. *Rev. Nutr.* 2016;29(6):929-946.
39. Pinto EG. Novo regime fiscal e a constitucionalização do contingenciamento das despesas primárias obrigatórias. *Physis* 2016;26(4):1097-1101.
40. Nord M, Hopwood H. Recent advances provide improved tools for measuring children's food security. *J Nutr* 2007;137(3):533-536.

ARTIGO III (artigo original que será submetido a uma revista internacional)

“A alimentação é feita para todos” - o direito humano à alimentação adequada em foco: concepções e atuação de profissionais da atenção primária à saúde

O direito humano à alimentação adequada: concepções e atuação profissional

Resumo

O objetivo do estudo foi compreender as concepções e atuação sobre as formas de apropriação da alimentação, na ótica do direito humano à alimentação adequada, a partir do contexto dos profissionais da saúde da atenção primária. Estudo qualitativo realizado com profissionais da saúde que desenvolvem grupos educativos sobre alimentação na atenção primária da cidade de São Paulo, Brasil. Para a produção dos dados utilizou-se entrevista semiestruturada e realizou-se análise de conteúdo. Foram entrevistados 31 profissionais, a maioria era do sexo feminino, com idade entre 30 a 60 anos, tinha ensino superior completo e especialização na área da saúde. O perfil de atuação profissional, sua concepção e estratégia de ação foram concebidos como eixos de análise do estudo. Foi possível identificar três perfis de atuação profissional: transmissor de informações, ativo, problematizador. Das concepções destacam-se a alimentação como diferenciação e caracterização da pobreza, a dicotomia entre alimentação saudável e não saudável, o significado da dieta e a importância das expectativas. Dentre as ações, havia àquelas propostas para os profissionais realizarem e outras destinadas à execução do usuário do serviço de saúde. Elas tinham suas bases na orientação, outras com tendência na prática, com direcionamentos para atuação no âmbito individual, em grupo e em conjunto com a equipe de profissionais da atenção primária. Com a aproximação do ‘como abordar e como fazer’ a partir das concepções e da atuação profissional, foi possível elucidar a necessidade de compreensão da alimentação como um direito humano e do fortalecimento da responsabilidade ética e social dos profissionais da saúde no contexto da atenção primária. Conclui-se que as políticas públicas não se constituíram em fonte de informação e orientação aos profissionais; foi o cotidiano e as experiências no serviço que serviram de subsídios para a abordagem e atuação da temática da alimentação.

Palavra-chave: Recursos Humanos em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Políticas Públicas. Segurança Alimentar e Nutricional. Direitos Humanos.

Introdução

Os direitos humanos são metas desejáveis e fins que devem ser perseguidos (Bobbio, 1992). No entanto, há um caminho longo de desafios estruturais e conquistas a ser percorrido para a sua efetivação.

Apesar dos avanços internacionais e nacionais no reconhecimento e na criação de garantias jurídicas, programáticas, orçamentárias e participativas para a efetivação do Direito Humano à Alimentação (DHAA); e dos avanços conceituais da Segurança Alimentar e Nutricional, do DHAA e de soberania alimentar (Ferraz, 2017), os limites orçamentários e a participação popular permanecem como desafios. Sob caminhos de tensão e disputa que descortinam em vida coletiva a organização econômica, política e social dos Estados (Pinto 2016; Dallari, 2009; Mann, 1997).

A ideia de responsabilidade de todos pelas carências e necessidades de qualquer indivíduo ou grupo social, que advém do princípio da solidariedade, a base de todos os direitos sociais constitucionalmente reconhecidos, é algo relevante para o cenário contemporâneo, por trazer a concepção orgânica de justiça distributiva e exprimir a tentativa de superação do individualismo e das desigualdades através do compartilhamento de responsabilidades sociais do Estado, seus agentes públicos e a sociedade, convocados a defender o que lhes é comum (Bobbio, 1992; Comparato, 2001; Aith, 2007). Contudo, este princípio inerente aos direitos sociais pode esbarrar na concorrência com outros direitos também considerados fundamentais, que requerem para sua proteção e garantia, articulação e opções políticas para realizá-los (Bobbio, 1992).

Neste contexto, o poder executivo e o seu corpo técnico de funcionários (titulares de obrigações) são alguns dos atores envolvidos e que possuem atribuições para a efetivação desses direitos. Esses titulares de obrigações têm como função principal o apoio na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas, programas e ações como forma de colaboração para identificar os seus impactos na população (Fao, 2014).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os profissionais da atenção primária compõem esse corpo técnico de funcionários responsáveis pela operacionalização de diversas políticas públicas no seu cotidiano de trabalho. Isso exige destes profissionais a construção de uma cultura organizacional democrática e ética, engajada na promoção da saúde, na valorização do equilíbrio dinâmico entre os saberes

dos campos disciplinares e o saber popular, com uma postura técnica, social, administrativa e política mais crítica mediante as suas práticas (Almeida Filho, 2013; Pierantoni, 2001). Assim, dar ênfase à perspectiva dos atores sociais da vida concreta e à sua capacidade de ação, possibilita conhecer como são construídos os conhecimentos, as práticas locais de saúde e fornecer subsídios para a constituição das políticas públicas (Langdon, 2014).

Nos cenários de periferias, comuns aos grandes centros urbanos, os profissionais da saúde possuem um papel fundamental na construção e na luta para a concretização dos direitos humanos, por sua responsabilidade técnica e o seu papel como um ator social na identificação das necessidades de saúde da comunidade e na busca de estratégias para enfrentá-las (Silva e França Júnior, 2015).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o cenário local de atuação profissional mais próximo da população, o que possibilita uma maior participação social na implementação de políticas públicas em prol de mudanças e de justiça social com foco na redução da pobreza e na diminuição das desigualdades (Giovanella e Mendonça, 2012; Opas, 2009).

A concepção de alimentação no Brasil na ótica da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), implica o entendimento da alimentação adequada:

“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, considerando e adequando quando necessário o referencial tradicional local. Deve atender aos princípios da variedade, qualidade, equilíbrio, moderação e prazer (sabor), às dimensões de gênero, raça e etnia, e às formas de produção ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos e biológicos e de organismos geneticamente modificados” (Consea, 2007, p. 31).

No Brasil, o primeiro marco jurídico para a efetivação do direito humano à alimentação adequada e saudável foi a promulgação da Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) que lançou bases para que o Estado brasileiro se organizasse de maneira intersetorial e participativa. Foi criado o Sistema Nacional de SAN (SISAN) e instituiu a Política Nacional de SAN (PNSAN) com o objetivo de contribuir para o enfrentamento das situações de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN), como fome, obesidade, doenças associadas à alimentação inadequada, consumo

de alimentos prejudiciais à saúde, bens essenciais com preços abusivos e imposição de padrões alimentares que não respeitam a diversidade cultural (Brasil, 2006).

No cenário da APS, as garantias programáticas para a efetivação do direito humano à alimentação adequada, principalmente a PNSAN, reconhece esse direito como tema prioritário e de ação estratégica. A PNSAN estabelece em seu plano de metas para o próximo triênio (2016-2019), que a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) seja uma das estratégias para atuação de nutricionistas e outros profissionais em ações que visam o enfrentamento das situações de IAN no país (Brasil, 2017).

No sentido de contribuir para o percurso das novas fronteiras que a nutrição pode enunciar para o campo da saúde pública, o presente estudo tem por objetivo compreender as concepções e a atuação sobre as formas de apropriação da alimentação, na ótica do direito humano à alimentação adequada, a partir do contexto dos profissionais da saúde da atenção primária.

Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo qualitativo que é parte da pesquisa “Educação Nutricional na Atenção Primária à Saúde nas cidades de São Paulo e Bogotá” (FAPESP/processo nº 2012/02264-2), da qual se utilizou somente os dados da cidade de São Paulo. A pesquisa foi realizada com profissionais da saúde que desenvolvem grupos educativos com o tema da alimentação e nutrição no contexto da atenção primária. A pesquisa de campo ocorreu no período de maio de 2013 a julho de 2014. A produção dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e utilizou-se análise de conteúdo (Guerra, 2006).

Marco-conceitual

Com base nas diretrizes voluntárias da FAO em apoio à realização progressiva do direito à alimentação no contexto da SAN (Fao, 2015), considerou-se como marco conceitual as publicações internacionais e nacionais que definem o direito humano à alimentação adequada e a SAN. Considerou-se a definição de educação alimentar e nutricional (EAN) para discutir a estratégia de ação para a atuação do profissional no contexto da APS.

A definição do DHAA utilizada foi a do Comentário Geral nº 12: *O direito humano à alimentação* do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da Organização das Nações Unidas (Onu, Pidesc – 1999. parágrafo 2, art. 11):

“O direito à alimentação adequada realiza-se quando cada homem, mulher e criança, sozinho ou em companhia de outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para sua obtenção. O direito à alimentação adequada não deverá, portanto, ser interpretado em um sentido estrito ou restritivo, que o equaciona em termos de um pacote mínimo de calorias, proteínas e outros nutrientes específicos. O direito à alimentação adequada terá de ser resolvido de maneira progressiva. No entanto, os Estados têm a obrigação precípua de implementar as ações necessárias para mitigar e aliviar a fome mesmo em épocas de desastres, naturais ou não”.

Para o contexto brasileiro a definição utilizada de SAN foi a que está expressa na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, art. 3:

“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 da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis”.

E, para a atuação profissional no cenário da APS foi utilizado o conceito de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) enquanto estratégia que integra aspectos do DHAA (Marco de Referência de EAN para as políticas públicas. Brasil, 2012. p. 23):

“EAN, no contexto da realização do direito à alimentação adequada e da garantia da SAN, é um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. A prática da EAN deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar”.

Construção do universo empírico e cenário de investigação

A construção do universo empírico teve como norte a busca de diversos cenários de Unidades Básicas de Saúde para aproximação de um panorama da APS e o acesso a um grupo diverso de profissionais que apresentasse as condições necessárias para a explicitação da problemática investigada (Guerra, 2006; VÍctora et al., 2000).

A aproximação de campo foi construída a partir de reuniões junto a SMS, as coordenadorias e as supervisões técnicas para a apresentação do projeto; com as gerências das UBS, foi feito contato telefônico e eletrônico (via e-mail). As gerências das UBS sinalizavam quais profissionais da saúde que coordenavam ou desenvolviam grupos educativos sobre o tema da alimentação e nutrição, disponibilizavam os contatos

telefônicos e eletrônico desses profissionais. Em seguida, esses profissionais eram convidados para participar do estudo e iniciava-se a apresentação do projeto e agendamento das entrevistas (via e-mail e contato telefônico).

Neste mapeamento dos profissionais de saúde foram fundamentais as informações disponíveis no site da SMS e o principal documento utilizado foi a Relação dos Estabelecimentos/Serviços da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica. Para realizar a pesquisa de campo, contou-se com o serviço de busca e visualização de mapas e imagens gratuitos na web, o *Google Maps* que auxiliou na localização das UBS. Esta estratégia foi utilizada na época, pois ainda não existia o atual sistema de localização de estabelecimentos de saúde da rede SUS do município de São Paulo-SP, o “Busca Saúde”. Para realizar as entrevistas nas UBS, os pesquisadores utilizaram a rede pública de transportes da cidade de São Paulo-SP (metrô, trem, ônibus e micro-ônibus).

A pesquisa de campo contou com quatro pesquisadores treinados e com formação em nutrição (graduando (1) e pós-graduandos de mestrado (1) e doutorado (2)), que se revezaram em duplas para a ida à campo.

As UBS que aceitaram participar da pesquisa se localizavam, principalmente, nas regiões mais periféricas do município (c.f. Figura 1).

Foram visitadas 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS) das cinco regiões da cidade de São Paulo-SP, inseridas no cenário de uma metrópole de 11.253.503 habitantes (São Paulo, 2014; IBGE, 2010), em que a estrutura organizacional da APS era composta pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), cinco Coordenadorias Regionais, 24 Supervisões Técnicas e 447 UBS gerenciadas por modelo jurídico de gestão público-privada com parceria entre a SMS e Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Nas supervisões técnicas estavam distribuídas 270 UBS, que eram assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF); 1.277 equipes de ESF e 87 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Assim, a cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) no município na época da pesquisa era de 45% da população (São Paulo, 2014).

O estudo incluiu profissionais da saúde que compõem a equipe da ESF, exceto o nutricionista, com o intuito de conhecer outros profissionais que lidam com o tema da alimentação e nutrição no cotidiano da APS. Deste modo, buscou-se o avanço para um interesse multiprofissional e interdisciplinar constitutivo do campo da saúde pública.

Figura 1 – Unidades Básicas de Saúde (n= 25) visitadas nas cinco regiões da cidade de São Paulo-SP para a produção dos dados empíricos. Brasil, São Paulo, 2013-2014.

Fonte: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano (SMDU), 2013.

Produção dos dados

O roteiro utilizado nas entrevistas semiestruturadas foi testado previamente com outros profissionais da saúde da APS. As informações que compunham o roteiro tratavam das características dos profissionais, data de nascimento, sexo, escolaridade, titulação, tempo de formado, região de atuação, função e tempo de trabalho, atividades que desenvolvia na UBS e o grupo educativo de que participava.

Com base na experiência empírica produzida no projeto do qual este estudo faz parte, foi apresentada no roteiro uma situação-problema que abordava uma casuística do cotidiano dos profissionais de saúde da APS. Uma situação ligada à saúde e alimentação (a obesidade) dentro de um contexto de grupo educativo da APS, que indagava o profissional sobre como ele agiria diante da situação apresentada.

Buscou-se com essa situação-problema abordar elementos sobre o processo permanente de educação alimentar e nutricional para a promoção da alimentação adequada na APS, valorizar o respeito às especificidades culturais, regionais e locais, e dar ênfase a disponibilidade e o acesso aos alimentos.

Foram realizadas 27 entrevistas, sendo que cinco delas foram compostas por duplas de profissionais que coordenavam um mesmo grupo educativo; totalizando 32 profissionais da saúde entrevistados. Houve perda de uma entrevista, por motivo de falha no instrumento de gravação do áudio no momento da entrevista, que foi identificada posteriormente no momento de armazenamento dos dados. Assim, o material empírico é composto por 26 entrevistas, com 31 profissionais.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Parecer nº 22/2013) e conduzida segundo os aspectos éticos da Resolução CNS 466/2012. Os profissionais da saúde autorizaram sua participação mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e organizadas no Microsoft Office Word e Excel 2010.

Análise dos dados empíricos

Na análise dos dados adotou-se uma postura epistemológica analítica e de construção do sentido, entendido como sentido social. De tal modo, que a *“análise de conteúdo guiou a procura de interpretação da relação entre o sentido subjetivo da*

ação, o ato objetivo (as práticas sociais) e o contexto social em que acontecem as práticas em análise” (Guerra, 2006, p. 31).

Para a imersão nos dados realizou-se três momentos de leituras; o primeiro foi uma leitura exploratória de todas as entrevistas, o segundo foi uma leitura cuidadosa e sistemática de cada entrevista, na qual se buscou extrair uma síntese dos conteúdos tratados em cada uma delas, e o terceiro momento foi a identificação dos conteúdos semelhantes, bem como as diferenças ou relações circulantes nas entrevistas que descrevem os fenômenos e opiniões (Guerra, 2006; Bauer e Gaskell, 2000).

A partir dos conteúdos que emergiram dos dados empíricos, elaborou-se três questões que nortearam a análise: Qual a concepção dos profissionais de saúde sobre as formas de apropriação da alimentação, na ótica do direito humano à alimentação adequada?; Qual o perfil dos profissionais da saúde na construção do discurso para a resolução da situação-problema?; e diante da situação-problema, quais foram as ações sugeridas pelos profissionais para a atuação no contexto da APS?

Após esse momento de imersão na leitura dos dados e a elaboração de perguntas, retornou-se ao marco conceitual e aos referenciais da análise de conteúdo. Em seguida, realizaram-se três ciclos de discussão e análise entre três integrantes da equipe de pesquisadores (graduanda (1) e doutorandas (2)). Em cada ciclo era apresentada e discutida a análise de três entrevistas por pesquisador, totalizando nove entrevistas por ciclo. Para guiar essa discussão e análise, foi elaborado um termo de referência com a descrição do objetivo do estudo, o contexto estudado (no caso, a APS) e o marco conceitual utilizado.

Esse percurso de análise possibilitou a preparação dos dados que contou com a utilização do software N-Vivo (versão 10.0, QSR International©). Na codificação dos dados adotou-se um tipo de marcação característico de um estilo indutivo de investigação, empregado por uma análise interpretativa dos dados textuais, na qual os códigos têm função referencial e são sinalizadores para certas passagens de texto que informam sobre o fenômeno (Guerra, 2006; Bauer e Gaskell, 2000).

Resultados

Dentre as características dos profissionais foi possível identificar contrastes segundo o tempo de trabalho na UBS, principalmente na diversidade da formação no ensino superior, no tipo de especialização e nas atividades de atuação profissional no serviço de saúde. Em geral, a maioria era do sexo feminino e com idade entre 30 a 60

anos, predominantemente da enfermagem, seguida dos médicos e fonoaudiólogos. Quase todos os de formação profissional superior tinham especialização na área da saúde, principalmente, em saúde pública e alguns tinham mais de duas especializações (c.f. Quadro 1).

Os profissionais disseram desenvolver no cotidiano da APS, ações ligadas à assistência individual e coletiva, ao trabalho em equipe, à vigilância epidemiológica e aos serviços administrativos. Os grupos educativos coordenados ou desenvolvidos pelos profissionais abordavam o tema da alimentação relacionado à doença, ciclos de vida (infância, adolescência, adulto, idoso) e promoção da saúde (c.f. Quadro 1).

Quadro 1 – Características dos profissionais da saúde que desenvolvem grupos educativos sobre alimentação e nutrição na APS, 2013-2014.

Caraterísticas	Tempo de trabalho na UBS (anos)	
	≤ a 3 anos (n=13)	> a 3 anos (n=18)
Identificação geral	Idade* 20 a 30 anos (4) e 30 a 60 anos (9) Sexo feminino (13)	Idade* 20 a 30 anos (1) e 30 a 60 anos (16) Sexo feminino (16) e masculino (2)
Formação		
Graduação na área da saúde	Enfermeiro (4), Médico (2) Fonoaudiólogo (2), Fisioterapeuta (1) Terapeuta ocupacional (1)	Enfermeiro (9), Médico (1), Fonoaudiólogo (1), Assistente social (1) Educador físico (1), Educador em saúde pública (1)
Graduação na área de administração	-	Contador (1)
Técnico	-	Técnico em saúde bucal (1)
Auxiliar e agentes de saúde	Auxiliar de enfermagem (1), Agente promoção ambiental (2)	Auxiliar de enfermagem (1), Agente comunitário de saúde (1) Profissionais graduados na área da saúde (13)
Superior e especialização*	Todos os profissionais graduação na área da saúde (10)	Exceto: profissional graduado na área de administração (1) e profissional graduado na área da saúde/médico (1)
Ênfase no tipo de formação especializada em saúde*		
Em clínica	Uroginecologia e Urologia (1), Afagia e Disfagia em gerontologia (2), Saúde da Mulher (2) e UTI (1)	Enfermagem e Obstetrícia (2), Administração Hospitalar (1) e pesquisa Clínica (1)
Em saúde pública	Saúde Pública (4), Saúde da Família (3), Medicina de Família e Comunidade (1), Saúde Funcional em Terapia Ocupacional (1), Saúde Ambiental (1)	Educação em Saúde (4), Saúde Pública (7) Saúde da Família (1)
Em outros assuntos	Formação Pedagógica em Enfermagem (1) e docência (1)	Docência (3)
Atuação profissional		
Assistência individual e coletiva	Atendimento, prevenção e promoção da saúde, consultas individuais e compartilhadas, coleta de exames clínicos, vacinação, acolhimento, visita domiciliar, oficinas, orientação, trabalhos, curativo, aferição de	Atendimento, prevenção e promoção, consultas individuais e compartilhadas, curativo, coleta de exames, vacinação, acolhimento, visita domiciliar, oficinas, orientação, busca ativa, preparo de material para grupo, reabilitação,

	pressão e mutirão	medicação, orientação educativa, escovação, aplicação de flúor, acompanhamento, entrega de exames, triagem, aferição de pressão
Trabalho em equipe de profissionais	Supervisão da equipe, reuniões de equipe, matriciamento, discussão de caso e capacitação da equipe	Supervisão da equipe, reuniões de equipe, matriciamento, discussão de caso, capacitação da equipe, chefia da equipe
Outros	Vigilância epidemiológica e trabalhos administrativos	Vigilância epidemiológica, aferição, trabalhos administrativos, limpeza e assepsia do consultório
Temas abordados nos grupos educativos sobre alimentação e nutrição		
Doença	Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (hipertensão, diabetes), dislipidemia	Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (hipertensão, diabetes), tabagismo
Ciclos da vida	Saúde do homem, saúde da mulher, gestação e amamentação, ciclos da vida (infância, adolescência, adulto, idoso) e desenvolvimento infantil	Saúde do homem, saúde da mulher, gestação e amamentação e ciclos da vida (infância, adolescência, adulto, idoso)
Promoção da saúde	Saúde para a comunidade, convivência, bem-estar, práticas integrativas, atividade física, qualidade de vida, saúde em movimento, saúde mental, dança, educação em saúde, reeducação alimentar	Orientação alimentar, prática de alimentação saudável e medicina chinesa, horta, nutrição para adultos, saúde vem na cozinha, estado nutricional e emagrecimento

*um profissional não informou (n= 30). Total de entrevistados: 31 profissionais.

Para a compreensão em maior profundidade das concepções e da atuação dos profissionais da saúde da APS sobre as formas de apropriação da alimentação, na ótica do direito humano à alimentação adequada, três eixos de discussão guiaram a análise: as concepções dos profissionais a respeito da alimentação como um direito humano, o posicionamento profissional no discurso sobre o processo de EAN no enfrentamento da situação-problema e as ações sugeridas pelos profissionais, como estratégias para atuação no cenário da APS.

O tema da alimentação foi identificado pelos profissionais como um “*problema difícil, uma missão impossível, uma situação complicada e uma questão específica do nutricionista, do campo disciplinar da nutrição*”. Além disso, os profissionais expressaram ter limitações de conhecimento para sugerir mais estratégias de enfrentamento mediante a situação problema:

“A gente não tem conhecimento, não somos formadas em Nutrição pra abrir mais o leque. Um pouquinho a gente consegue abrir, dar outras alternativas. Mas, é... abraçar..., não consegue.” [E16; educadora em saúde pública e enfermeira]

“E daí que eu vi, assim que a nutricionista,... Quando a pessoa ela tá mais aprofundada naquele assunto, especialista daquela área, ele vai conseguir ter algumas ideias criativas. Porque ela já teve com certeza situações que ela teve que buscar.” [E26; médica]

A partir dos conteúdos extraídos das entrevistas foi possível identificar alguns aspectos relacionados à temática da alimentação, como ações governamentais para o controle dos preços de alimentos e programas de transferência de renda, o cotidiano do serviço, a comunicação de massa (televisão) e o contexto familiar enquanto formadores de opinião e hábitos alimentares, a disponibilidade, o acesso físico e o preparo dos alimentos.

Os profissionais identificaram algumas barreiras existentes para a abordagem da alimentação na APS, como questões ligadas às condições de renda da população e a sua cultura alimentar (ex.: nordestina, boliviana); os altos preços dos alimentos para a realização de uma alimentação adequada e saudável; a coexistência dos alimentos naturais e dos alimentos industrializados como aspecto conflituoso no momento da escolha, do consumo e do preparo; os alimentos naturais foram identificados pelos profissionais como dispendiosos por dependerem de muito tempo para serem lavados e preparados. Já os alimentos industrializados foram identificados como de rápido e fácil preparo, além de estarem quase prontos para o consumo.

Os profissionais aprofundaram na argumentação sobre alguns destes elementos, assim, foi possível conhecer a postura de atuação profissional, as concepções e as ações para o enfrentamento da situação-problema. A partir do posicionamento dos profissionais no discurso sobre o processo para a atuação em EAN, foram identificados três perfis: o transmissor de informação, o profissional ativo e o profissional problematizador. Os perfis de atuação profissional possibilitou agrupar a apresentação e a discussão dos dados.

Em todas as três posturas identificadas, o nutricionista foi mencionado como o profissional protagonista para tratar sobre o assunto da alimentação, com o esclarecimento de informações, a indicação de como orientar e qual a melhor forma de agir diante de situações que exigem um posicionamento ou postura dos outros profissionais. A feira foi identificada como espaço principal de disponibilidade e acesso aos alimentos, com destaque para o final da feira, que foi mencionado como melhor momento para a compra.

Profissional transmissor de informação

Este grupo foi formado por 14 participantes (assistente social, enfermeiros, educador físico, médicos, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, educador em saúde

pública, fonoaudióloga, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários e de promoção ambiental) (c.f. Figura 2).

A concepção circulante neste grupo foi a de que existe uma alimentação para pobre, para quem não tem condições financeiras e vive na periferia, portanto, uma alimentação que caracteriza a pobreza econômica e elucida a diferenciação social. Por exemplo: a substituição de alimentos, a compra de alimentos mais baratos (*“você não pode comprar o brócolis, você compra escarola”*) e que se equilibram na realidade financeira das pessoas (*“você não pode comer a manteiga, tem que comer essa margarina”*), o reaproveitamento de alimentos (como casca, talos), a redução da quantidade e da qualidade da ingestão (*“igual não vai ter para comprar o arroz integral, mas vai ter condições de diminuir o arroz e comer mais alface”*).

Essa situação se apresentou como algo comum, normal, caracterizada como uma fatalidade, ou seja, como algo que não se pode evitar ou intervir, e no cenário de periferia isso fica mais evidente:

“Não adianta você fazer uma coisa que a realidade não comporta pra eles. Se você pegar locais de maior periferia, esqueça! Esqueça. Não vai ter dinheiro pra comprar.” [E 12; médica]

[...] “tem pessoas que não têm condições nem de comer o mínimo, quanto mais comprar o apropriado. Você comer durante um, dois dias, é melhor do que não comer nada. Apesar de a gente saber que pode aproveitar o talo do agrião pra fazer um monte de coisa. É normal, seria normal, mas pra eles não é. Pra eles, talvez seja... Ah, caracterizar mesmo a pobreza, “ah, comer resto, comer talo, comer casca... Imagina! Então, é um tabu. Uma resistência em aceitar...” [E16; educador em saúde pública e enfermeira]

Os profissionais também falaram sobre a dicotomia entre alimentação saudável e não saudável, descrevendo quais os alimentos compunham esses dois tipos de alimentação, saudável (o arroz, o feijão, as frutas e a biomassa da banana verde) e não saudável (salgados fritos). Para alguns profissionais uma alimentação saudável não deve ter refrigerante, em contrapartida, para outros, os refrigerantes *diet* e os adoçantes fazem parte deste tipo de alimentação; existe a concepção de que esses produtos são caros e de difícil acesso nas mercearias do bairro.

A principal ação sugerida por este grupo de profissionais foi a de transmitir informações, uma ação prescritiva, no sentido de restringir e substituir os alimentos tanto do ponto de vista nutricional quanto do preço. Houve a indicação para consumir alimentos da época, reaproveitar os alimentos, introduzir o cultivo da horta em garrafa pet, utilizar temperos naturais, mudar o foco do alimento e associar a questão da

alimentação com outras atividades em grupo, como terapia comunitária, atividade física e para isso era necessário conversar com a equipe, falar com o nutricionista e conhecer as condições de vida da população (c.f. Figura 2).

Destaca-se que a feira é compreendida por este grupo como o principal espaço de disponibilidade e acesso físico aos alimentos, principalmente, o final da feira em que os preços estão mais baratos. Os profissionais sugerem à população com renda baixa que é possível conseguir com os feirantes alguns alimentos sem custo nenhum, tendo em vista o descarte de alguns desses alimentos por estarem amassados ou apresentarem partes estragadas, mas que ainda estão bons para o consumo:

[...] “ir no final da feira e pegar algumas hortaliças que ninguém quer, né? Algumas coisas ali que geralmente é jogado fora, como se não servisse pra nada. Coisas que o feirante mesmo ia jogar fora e a pessoa podia aproveitar...” [E 26; médica]

Profissional ativo

Este grupo de profissionais foi composto por 10 sujeitos (enfermeiros, médico, contador, fonoaudiólogos, auxiliar técnico em saúde bucal e agente de promoção ambiental). Foi possível identificar entre este grupo a menção constante de algum tipo de diagnóstico para conhecimento da população, havia maior envolvimento com a questão da alimentação e buscavam promover alguma ação.

Identificou-se neste grupo a elaboração de concepções que buscaram a reflexão através de ideias, valores e atitudes para a compreensão do problema apresentado. Para esses profissionais a realização de uma alimentação adequada e saudável é uma questão simples, fácil e todo mundo pode fazer. Isso que o diferencia do grupo anterior, que considerou esse tipo de alimentação como algo dispendioso.

Os profissionais apontaram legumes, verduras e frutas como os alimentos que compõem uma alimentação adequada e saudável (c.f. Figura 2).

Figura 2 – Síntese dos resultados das concepções sobre a alimentação, na ótica DHAA, perfis profissionais de atuação e ações propostas o cenário da atenção primária.

Fonte: [elaboração própria]

No grupo de profissionais com o perfil ativo, foi apresentada a contradição e o conflito da coexistência dos alimentos industrializados e dos alimentos naturais. Esses profissionais também destacaram a influência do *marketing* das redes de *fast food* e da mídia (comunicação em massa, televisão) sobre o consumo dos alimentos industrializados. Além disso, falaram sobre a limitada atuação do Estado no controle dos preços dos alimentos e da obesidade infantil. E, afirmaram o papel do contexto familiar como formador de hábitos alimentares:

“O que acontece é que a rotina da gente e a própria mídia faz com que as pessoas vejam grande dificuldade em consumir mais o natural. Então, são as verduras, os legumes, do que ir no supermercado e comprar uma caixinha onde ela chega em casa e põe no micro-ondas, “pzuuuu” (barulho do micro-ondas) pronto, come. Mas, o que a mídia faz? A gente que trabalha, que corre pra lá e pra cá. Se você entra numa condução com um copinho de McDonalds e passa pela roleta comendo e bebendo não tem problema nenhum, agora se você senta e abre uma banana ou vai mastigar uma maçã, alguém está do seu lado parece que está vendo um ET (extraterrestre), porque é alguma coisa fora, fora do contexto, fora do que é habitual. [E 5; contadora e auxiliar em saúde bucal]

Das ações propostas por este grupo destacaram-se a busca de parceria com outros setores, como o Serviço Social da Indústria – SESI, com a própria equipe de profissionais do NASF, a realização de oficinas sobre reaproveitamento e o preparo de alimentos. Os profissionais ressaltaram a necessidade de trazer exemplos de alimentos e preparações saudáveis (c.f. Figura 2). A partir dessas ações percebe-se que há a tendência de conduzir as pessoas a fazerem atividades práticas que envolvem a alimentação.

Os profissionais deste grupo mencionaram que a partir do território onde estão inseridos no serviço, a feira é o espaço ideal de disponibilidade e acesso físico aos alimentos:

“As pessoas tinham que ir menos ao mercado e ir mais a feira, eu acho que é uma alternativa.” [E 5; contadora e auxiliar em saúde bucal]

“Legumes, verduras e frutas você encontra lá.” [E 10; agente de promoção ambiental]

Profissional problematizador

Este grupo composto por sete sujeitos (enfermeiros, fonoaudiólogo e auxiliar de enfermagem) buscou refletir e confrontar a situação-problema a partir das suas experiências no cotidiano de trabalho na APS. Além de se posicionarem como orientadores e promotores de ações junto ao usuário, a família e a equipe de saúde; esses

profissionais consideraram necessário avaliar o grupo de usuários para conhecer quais os alimentos que eles gostam mais e o que consomem.

Os profissionais abordaram a alimentação ligada a questões afetivas e emocionais, ao cotidiano da população, à condição financeira, de moradia e à cultura alimentar. Além de trazerem a amamentação como um elemento constitutivo da alimentação nos primeiros anos de vida (c.f. Figura 2).

Esse grupo de profissionais trouxe a concepção de alimentação ligada à dieta e mostrou a ideia de que a dieta é cara, não funciona por conta da disciplina exigida para a sua realização e, portanto, não é uma estratégia eficaz para trabalhar em ações de alimentação na APS. Em adição, sugeriram que é preciso estar atento às condições financeiras e culturais para que as ações sejam adaptadas à realidade da população:

“Eu não trabalho com dieta, dieta não funciona. Dieta é uma coisa que eu quero começar na segunda e na terça-feira eu já acabei com ela. Dieta é cara. Eu tento adaptar pra realidade. Por exemplo, aqui nessa unidade eu tenho uma característica assim... de um público muito diferenciado, eu tenho muito nordestino e eu tenho muito boliviano.” [E 9; enfermeira]

Esse grupo expressou também a relevância de conhecer e confrontar as expectativas dos profissionais e dos usuários na realização das ações de alimentação no cenário da APS:

“Olha, eu penso o seguinte, que primeiro...para tudo, para tudo, não vou falar mais nada e vamos entender o que está acontecendo, porque isso é sintomático, então, perceber primeiro se as orientações que eu estou dando para o meu grupo são compatíveis com a realidade e as características das pessoas que fazem parte desse grupo. Tentar adequar as minhas expectativas com as expectativas delas né, de não criar falsas expectativas” [E 27; fonoaudióloga]

Outra questão abordada nas concepções desses profissionais foram as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), apontadas como um dificultador para a realização da alimentação adequada, por tornar a alimentação algo restritivo e limitado a alguns alimentos devido à doença existente (ex.: diabetes).

Nas ações sugeridas por esses profissionais, foi possível perscrutar propostas de direcionamento sobre como devem ser abordadas as questões ligadas à alimentação no cenário da APS. As sugestões foram no âmbito individual, em grupo, em visitas domiciliares e em conjunto com a equipe de profissionais. Nessa abordagem é preciso

confrontar as expectativas dos profissionais com o grupo de usuários e adequar os hábitos alimentares dentro das realidades da população, conhecer os gostos, a cultura, fazer orientações baseadas no que as pessoas têm acesso, no que vão conseguir realizar e avaliar o dia a dia dos participantes do grupo (c.f. Figura 2).

Os profissionais apontaram como fonte de informação e consulta para suas orientações sobre alimentação na APS, revistas sobre nutrição que são bastante comuns nas bancas de jornais do bairro. A feira não foi mencionada como espaço para aquisição de alimentos.

Discussão

Este estudo buscou compreender as concepções e a atuação sobre as formas de apropriação da alimentação, na ótica do direito humano à alimentação adequada, a partir do contexto dos profissionais da saúde da atenção primária. Os eixos que guiaram a discussão dos dados foram o perfil de atuação profissional, a concepção sobre alimentação e as ações sugeridas como estratégias para o contexto da APS.

Os três perfis de atuação profissional identificaram a alimentação como um problema difícil, uma missão impossível, uma situação complicada. Uma questão específica do nutricionista, do campo disciplinar da nutrição. Essa visão revela uma compreensão estreita e limitada do conceito de alimentação, elucida a relação que esses profissionais possuem com as fronteiras de saber e de atuação, além de não se reconhecerem como educadores em EAN. Isso se distancia de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, que orientam os marcos conceituais e políticos para a atuação em alimentação e nutrição na APS, com vista à efetivação do DHAA (Brasil, 2017).

O consenso entre os profissionais da saúde, de que o nutricionista é o profissional protagonista para orientar, esclarecer e indicar qual a melhor forma de agir diante de situações que exigem uma postura dos outros profissionais sobre o assunto da alimentação. Aponta para a necessidade do nutricionista assumir o seu papel matriciador da equipe de saúde da ESF. No sentido de facilitar a compreensão e a abordagem do tema da alimentação dentro da perspectiva dos direitos humanos e da SAN.

O nutricionista integra a equipe multiprofissional da ESF, a partir do NASF, tem papel crucial nas ações de promoção da saúde e na concretização da alimentação como um direito social; por ter sua formação orientada para isso (Fittipaldi et al., 2017; Junqueira e Cotta, 2014). Aparentemente, o papel de tornar a alimentação um objeto de

trabalho potente em conjunto com todos os profissionais da saúde, parece ser desconhecido pelos próprios nutricionistas (Rigon et al., 2016; Santos et al., 2015). Esse papel fica em segundo plano no rol de prioridades e demandas do serviço e também do profissional, que estão centrados no atendimento clínico e nas intervenções específicas de questões ligadas à alimentação e nutrição.

Mesmo com a existência das políticas nacionais, de atenção básica (PNAB), de alimentação e nutrição (PNAN), de promoção da saúde, de SAN e de documentos norteadores, como a Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde (2009), que orientam como a atuação em alimentação e nutrição deve ocorrer na APS. Há a necessidade de estratégias de ação, de ‘o como fazer’, para a atuação profissional.

É necessário reconhecer o número insuficiente de nutricionistas diante das necessidades da população e da própria equipe, no contexto da cidade de São Paulo. Isso se deve ao modelo de implantação da ESF ter ocorrido de forma desigual e da maior parte dos NASF com nutricionista (57,3%) estarem localizados nas regiões periféricas com população de condições socioeconômicas baixas (Cervato-Mancuso et al., 2012). No entanto, Rigon et al. (2016) destaca que mesmo diante deste problema estrutural da insuficiente inserção do nutricionista no Sistema Único de Saúde - SUS. No âmbito da formação desse profissional persistem deficiências, especialmente em saúde pública. E, no âmbito do serviço parece haver a falta de formação permanente em saúde para todos os profissionais da saúde.

Os desafios da nutrição no SUS na interface entre a saúde e a SAN são diversos. Dentre eles estão as dificuldades políticas, institucionais e operacionais para concretização das políticas públicas que visam à garantia do DHAA. Além disso, no setor saúde, essa pauta não reverbera como prioridade e há a compreensão predominante de que o assunto da alimentação não pode ser solucionado no âmbito do SUS. Não é responsabilidade de seus trabalhadores, pois situações de IAN, como a fome e a desnutrição se resolvem com a garantia do acesso aos alimentos; e a APS (parte importante do setor saúde) não fornece este tipo de assistência (Rigo et al., 2016).

Essa é uma ideia que tem como foco apenas a noção assistencial da doação de alimentos para a efetivação do DHAA. Mas, não só essa ideia é possível estar presente entre os profissionais da APS, como também o estigma de que por ser pobre se deve comer tudo [c.f. discurso E16] e por que é pobre tem que receber alimentos de esmola [c.f. discurso E26], presente nas concepções dos profissionais com perfil transmissor de

informação. Isso indica uma lacuna na formação e na apropriação desses profissionais em termos de compreensão da pobreza. Nas ações sugeridas por eles, também se observou uma representação bem específica de pobre [c.f. discurso E26], que se afasta da solidariedade, da dignidade e do compromisso social do profissional na perspectiva de Freire (2015).

A postura de indiferença na atuação dos profissionais na resolução das questões que envolvem a situação alimentar das pessoas, visando a garantia e a efetivação dos direitos sociais, só se fortaleceu na medida em que eles reconheceram a alimentação dentro de uma concepção que expressa a naturalização da pobreza e das violações do DHAA e da diferenciação de classe econômica. Essa postura de indiferença também aparece no interior das falas de entrevistados oriundos da sociedade civil, em relação à necessidade da garantia do acesso à alimentação enquanto um direito (Rigon et al.; 2016). Autores apontam que ainda não há uma abordagem adequada do tema do DHAA no âmbito do setor saúde, que considere a integração dos enfoques biológicos e social para as questões alimentares presentes na população (Oliveira et al., 2017).

Ao trazer a luz a concepção de alimentação no marco-conceitual dos direitos humanos, fica expressos os conflitos sociais, as injustiças individuais e coletivas. Desse modo, exprimem-se claramente preconceitos por motivos econômicos e se expõe a dificuldade dos profissionais para lidar com as desigualdades existentes no cenário dos serviços de saúde (Marcon et al., 2013; Casemiro et al., 2010). Além de situar essa concepção em contraposição ao princípio da igualdade e da não-discriminação inerente aos direitos humanos, que deve ser observado em todas as ações e serviços de saúde públicos (Aith, 2007).

A alimentação enquanto um direito humano abarca o acesso à informação, aos recursos financeiros ou naturais (terra, água), a adequação nutricional, a qualidade higiênico-sanitária, o respeito à diversidade étnico-racial e de gênero, a valorização da cultura alimentar nacional e regional e a realização de outros direitos como saúde, educação, trabalho e lazer (Consea, 2015). Portanto, a concepção e a atuação profissional em alimentação e nutrição predispõem a intersetorialidade (Costa, 2011).

No que diz respeito ao processo educativo sobre alimentação é muito importante considerar que ele tem uma natureza dinâmica e não está restrito aos serviços de saúde. Ele atravessa outros locais que circulam discursos e informações com intencionalidades diversas e podem influenciar nas escolhas alimentares, como por exemplo, em revistas,

televisão, jornais, propagandas, anúncios, livros, *shopping centers* entre tantos outros (Renovato e Salgado, 2010).

Neste processo permanece de EAN, o desafio da aproximação entre o profissional e a população, que continua ancorada na superficialidade do pouco envolvimento para construção da educação em saúde. Basta transferir ou compartilhar informações para que alguma mudança aconteça por parte da população e algumas vezes não tem o que fazer. Porque na periferia, esqueça!

No grupo de profissionais com o perfil ativo chamou atenção o fato de que alguns profissionais mesmo estando inseridos em um contexto de trabalho permeado por favelas no centro da cidade, não trouxeram para as suas concepções de alimentação a ideia fatalista ou de impossibilidade da realização do DHAA. Como foi percebido entre os profissionais com o perfil transmissor de informação. Entre esses profissionais foi possível identificar maior expressão da concepção de alimentação na perspectiva dos direitos humanos, na qual eles abordam a alimentação ligada ao cotidiano, à condição financeira, de moradia, a cultura alimentar das pessoas e também a questões afetivas e emocionais.

Em adição, esses profissionais também observaram conflitos e contradições existentes nas concepções sobre alimentação, o caso dos alimentos naturais e dos alimentos industrializados. Esse conflito se colocou como um dificultador para a concretização da alimentação adequada no momento da escolha, do consumo e do preparo dos alimentos. Na questão da regulação dos alimentos no Brasil, segundo Magalhães (2017), tem prevalecido mecanismos de autorregulação do mercado e iniciativas governamentais pouco efetivas. E, ainda que o Brasil tenha avançado na construção de marcos regulatórios, os mecanismos de fiscalização e a forte pressão do setor privado ameaçam a consolidação das conquistas alcançadas nessa seara.

A alimentação adequada (natural e saudável) permanece em disputa com diversos interesses em jogo, no qual o Estado vem perdendo espaço e a lógica do privado exercendo a regulação do público, como por exemplo, na construção de uma política pública de abastecimento que favoreça feiras e sacolões e contribua para as atividades agrícolas dos pequenos produtores.

Neste sentido, ainda que a dieta ou a alimentação possa ser encarada como uma escolha privada são inegáveis as repercussões que isso tem nas condições de saúde da população (Magalhães, 2017). Elementos sociais, econômicos e comportamentais estão intrinsicamente ligados a esta escolha (Alvarenga et al., 2015; Contreras e Gracia,

2011). A visão dos alimentos como mercadorias e bens privados que devem ser distribuídos de acordo com as leis da oferta e da demanda é uma das chaves para explicar o atual cenário produtor de doenças e de desigualdades, que impõe desafios no campo da saúde pública e cria obstáculos para a consolidação da SAN e para a garantia de direitos humanos, como o DHAA (Magalhães, 2017; Machado et al., 2016).

Outra questão abordada nas concepções dos profissionais com perfil ativo foram as DCNTs, um dos importantes desafios contemporâneos para a relação dos direitos à saúde e à alimentação. Os profissionais identificaram as DCNTs como outro dificultador para a realização do DHAA, por tornarem a alimentação algo restritivo e limitado a alguns alimentos devido à morbididade existente (ex.: diabetes).

O cenário alimentar da população está intimamente ligado à realidade epidemiológica atual, caracterizada por problemas crônicos e complexos que estão interligados a situação de IAN (Waitman et al., 2016). Essa complexidade escancara a necessidade de organização do trabalho e da gestão do cuidado mais democráticas. No sentido de, atuar compartilhando saberes e práticas para a tomada de decisão e resolução dos problemas de saúde da população (Cunha e Campos, 2011).

Os profissionais com perfil problematizador trouxeram nas suas concepções de alimentação, a menção da amamentação como um aspecto constitutivo da alimentação adequada. No contexto brasileiro, a construção mais recente da definição de alimentação adequada, ‘comida de verdade’, inclui a amamentação dentro do DHAA e destaca a garantia dos direitos humanos em todo o curso da vida (Consea, 2015). Deste modo, os profissionais da saúde têm um papel estratégico na garantia do DHAA, sobretudo na amamentação, que pode estar ameaçada se a nova geração de profissionais não estiver atenta a sua atuação, no que diz respeito às suas relações com a indústria de fórmulas infantis e alimentos para bebês dentro e fora do ambiente clínico (Pérez-Escamilla, 2017).

A partir dos dados produzidos neste estudo, foi possível observar que as políticas públicas de alimentação e SAN que visam à garantia do DHAA, reverberam de modo oculto nas concepções e nas ações sugeridas pelos profissionais que atuam na APS, pois em nenhum momento essas políticas foram mencionadas como fonte de consulta para informação, conhecimento e como norteadoras das ações. O cotidiano foi o principal formador e orientador das ações de alimentação e nutrição na APS. Foi na produção do cotidiano do serviço na APS, com as experiências no território de abrangência e nas ações educativas realizadas (nos grupos, no atendimento individual,

em visitas domiciliares e junto à equipe) que houve a construção de caminhos de como abordar e como fazer para o enfrentamento das situações de alimentação e nutrição. Construir o caminho no exercício da prática cotidiana é fundamental, mas é necessário um norte de conhecimento teórico, profissional e popular para a concretização da alimentação adequada na vida das pessoas, principalmente no contexto da APS.

Rigon et al. (2016) esclarece que há desconhecimento, uma certa informalidade e improvisação nos processos de implementação das políticas públicas e programas no âmbito da alimentação no setor saúde, que revela o papel ainda incipiente das coordenações de alimentação e nutrição no âmbito municipal, com profissionais que assumem o trabalho e atuam sozinhos, isolados. Tal situação, segundo as autoras, configura-se como impeditivo para o fortalecimento da área da nutrição no setor saúde, gerando a ausência da atuação profissional necessária e prejuízos para a saúde da população. Assim, compreender a alimentação como um direito de todo o ser humano, possibilita entender a relevância que existe na sua institucionalização normativa, pelos efeitos que pode gerar na realidade da população, desencadeando a criação de um ordenamento jurídico nacional que implica não só na instituição formal do direito, mas também na disponibilização de mecanismos e instrumentos necessários à sua operacionalização, como infraestrutura, recursos financeiros e humanos e a perspectiva de transformação social (Machado et al., 2015).

A concretização de um direito é permeada pela política e, no caso das políticas públicas, estas têm distintos suportes legais. As políticas públicas devem contar com uma arquitetura jurídica estruturante, na qual se destacam alguns elementos-chaves (fins, objetivos, princípios, diretrizes, instrumentos e sistema) e formas de sua realização (planos, programas e projetos). Isso ilustra a compreensão de política pública como um quadro de ação governamental, cujo escopo é dar impulso à realização de algum objetivo de ordem pública, ou seja, de concretizar um direito (Bucci, 2006). No caso da alimentação, caracteriza-se como um problema de saúde pública que afeta grande parte da população, tornando-se uma questão social.

O Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PlanSAN) é a principal ferramenta de gestão da política pública que visa a garantia e a efetivação do DHAA nos Estados e nos Municípios brasileiros. O PlanSAN estabelece diretrizes e metas para a operacionalização de ações e estratégias de SAN e DHAA, sendo que dentro das suas diretrizes, trata da instituição de processos permanentes de EAN, pesquisa e formação nas áreas de SAN e do DHAA. Do alcance das metas propostas nesse plano, resultou a a

elaboração do Marco de EAN para as Políticas Públicas (2012) e atualização do Guia alimentar para a população brasileira (2014), com o intuito de fornecer conceitos e qualificar a formação dos profissionais de saúde para sua atuação, no contexto da efetivação do DHAA (Brasil, 2011).

Esta é uma questão que organizações internacionais como a Organização da Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) têm se preocupado na construção de discussões e direcionamentos para ações em alimentação nos países, como por exemplo a América Latina e Caribe, desde a regulação da produção e distribuição para a garantia da disponibilidade e de acesso até a utilização dos alimentos para nutrição (Onu e Opas 2017). No Brasil, o guia alimentar para a população brasileira traz princípios importantes para a concretização da ‘alimentação adequada e saudável’ e identifica alguns obstáculos para a sua realização, como a informação, oferta, custo, habilidades culinárias, tempo e publicidade. O guia convida a população a discutir com os profissionais da saúde esses obstáculos, além de familiares e amigos; recomenda aos profissionais da saúde que utilizem o guia nas atividades que desenvolvem (Brasil, 2014).

Na periferia, as políticas públicas também devem chegar e de um modo crucial, as políticas públicas sociais. Parece claro que sabemos o que precisa ser feito e já conseguimos registrar isso em algumas políticas públicas. Falta, no entanto, buscar sua eficácia e concretude no cotidiano da população. Assim, permanece a carência de recursos humanos engajados na realização progressiva e cotidiana dos direitos humanos fundamentais junto à população. Ora, no contexto de um processo educacional isso é condição essencial, pois a prática educativa tem a qualidade de ser política, suas bases estão na atuação profissional e na realidade social, o que possibilita na dinâmica grupal se configurar em um modelo de organização social (Freire, 2015; Zabala, 1998).

Considerações Finais

Diante das diversas concepções e posicionamentos apresentados por este grupo de profissionais, parece desafiador a efetivação do DHAA no cenário da APS. Apesar de ter identificado perfis mais ativo e problematizador entre os profissionais com uma visão um pouco mais holística da alimentação. Esses profissionais não questionavam as causas do problema da alimentação, não apresentavam compromisso social com a mudança da situação alimentar presente no cotidiano da APS. Considerando que o

profissional da saúde está inserido em um contexto de educação em saúde e deve assumir o papel de educador, principalmente, quando desenvolve processos educacionais em ações coletivas, podemos ver que os perfis de atuação dos profissionais estudados distanciam-se de uma postura coerente com as práticas grupais enquanto práticas cotidianas de diálogo, de conhecimento de expectativas. Na qual é essencial conhecer, pensar, planejar, agir e avaliar como elementos que compõem os processos de trabalho na tomada de decisões (Ferreira Neto e Kind, 2011; Hartz e Silva, 2010).

Cabe destacar que não foi mencionada pelos profissionais a atuação com outros setores ou serviços públicos, de assistência social e, nem mesmo, redes sociais que a comunidade e o próprio cidadão possam ter construído, no sentido de se organizar com a colaboração de amigos ou o amparo de algum coletivo de pessoas para o enfrentamento da situação alimentar. Também não esteve presente a identificação ou o reconhecimento de que os conteúdos mencionados se caracterizavam como situações de IAN, de violações de direitos, particularmente, do DHAA.

As políticas públicas de SAN e os seus marcos programáticos foram bem construídos, apontam o DHAA como um tema que todos os profissionais podem trabalhar. No entanto, há a falta de estratégias para implementação das políticas públicas, falta educação permanente para os profissionais da saúde para a utilização de manuais e guias. É necessário que todo esse material e capacitação chegue até os profissionais na APS. A PNAN se coloca como articuladora entre a saúde e a SAN no contexto da APS, mas tem se comprometido pouco com a efetivação do DHAA de forma intersetorial e interdisciplinar, limitando a sua capilaridade em ações.

Neste estudo foi possível uma aproximação do ‘como abordar e como fazer’ a partir das concepções e da atuação profissional. No entanto, no cenário da APS há a necessidade do nutricionista assumir o seu papel matriciador da equipe de ESF, no sentido de facilitar a compreensão e a abordagem do tema da alimentação dentro do processo de EAN na perspectiva dos direitos humanos e da SAN. É preciso reforçar a ideia de que a alimentação pode ser um tema transversal a todos os profissionais da saúde da APS.

Este estudo também sinaliza que é preciso ter uma concepção de alimentação com base nos direitos humanos para que as ações sejam realizadas em uma perspectiva mais abrangente que considere o contexto da APS. A formação dos profissionais da saúde (e nutricionistas) é uma estratégia importante e necessita de conhecimento mais integrado, sistêmico e vivência em diferentes contextos, como estágios curriculares

interdisciplinares em diversos cenários de gestão e regulação dos serviços de saúde, educação, agricultura e abastecimento, saneamento, em instâncias de controle social (CONSEA e CAISAN) e instâncias jurídicas e legislativas, que busquem aproximar os estudantes da realidade da população, no sentido de conhecer as suas necessidades de saúde e alimentação.

O que este grupo de profissionais da saúde mostrou foi a produção de orientações a partir do cotidiano do serviço na APS; a construção de caminhos através das suas experiências. Portanto, faz-se necessária a formação dos recursos humanos nos serviços de saúde voltada para a compreensão dos direitos humanos fundamentais reconhecidos no Brasil, bem como o conhecimento dos mecanismos e setores que são necessários acionar e trabalhar de modo intersetorial no cuidado em saúde.

Sugere-se que futuros estudos da área da saúde, do campo da saúde pública e da área da nutrição, investiguem as estratégias e ações que estão sendo realizadas para a efetivação do DHAA no contexto da APS; e nessa direção, o monitoramento e a avaliação das políticas nacionais de alimentação e nutrição e de SAN no contexto da APS.

Agradecimentos

À Larissa Vicente Tonacio, pelo empenho e dedicação à pesquisa de campo. A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pelo financiamento da pesquisa (FAPESP/processo nº 2012/02264-2).

Referências

AITH, F. M. A. *Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007. p. 217-228.

ALMEIDA FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em saúde coletiva no Brasil. *Ciêñ Saúde Colet*; Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, 2013.

ALVARENGA, M.; FIGUEIREDO, M.; TIMERMAN, F.; ANTONACCIO, C. *Nutrição comportamental*. Barueri: Manole; 2015.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 393-415.

BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992. p. 15- 24.

BUCCI, MPD. *O conceito de política pública em direito*. In: BUCCI, M. P. D. (organizador). *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 1-47.

BRASIL. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional 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*, Brasília, DF, 18 set. 2006. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. *Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015*. Brasília: MDS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Alimentar para a população brasileira*. 2. Ed. Brasília: MS/DAB, 2014.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Agrário. *Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional 2016-2019*. Brasília: MDSA, 2017. Disponível em: < <http://www4.planalto.gov.br/consea>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão municipal das políticas de alimentação e nutrição e de promoção da saúde na atenção básica*. Brasília: MS, 2017.

CASEMIRO, J. P.; VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B. L. Direito humano à alimentação adequada: um olhar urbano. *Ciêñ Saúde Colet*; Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2085-2093, 2010.

CERVATO-MANCUSO, A. M; TONACIO, L. V.; DA SILVA, E. R.; VIEIRA, V. L. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciêñ Saúde Colet*; Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3289-3300, 2012.

COMPARATO, F.K. *A afirmação histórica dos Direitos Humanos*. 4ª edição. São Paulo: Saraiva, 2005. p. 55-66.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. *Relatório Final 3ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Por um desenvolvimento sustentável com soberania e Segurança Alimentar e Nutricional*. Fortaleza: CONSEA, 2007. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. *Relatório Final 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - Comida de verdade no campo e na cidade: por direitos e soberania alimentar*. Brasília: CONSEA, 2015. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea>. Acesso em: 25 set. 2016.

CONTRERAS, J.; GRACIA, M. *Alimentação, sociedade e cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

COSTA, C. G. A. *Segurança alimentar e nutricional: significados e apropriações*. São Paulo: Annablume; Fapesp; 2011.

DALLARI, S. G. A construção do direito à saúde no Brasil. *R. Dir. sanit.*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34, 2009.

FERRAZ, M. A. *Direito humano à alimentação e sustentabilidade no sistema alimentar*. São Paulo: Paulinas; 2017.

FERREIRA, V. S. C.; da SILVA, L. M. V. *Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso*. In: Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 103-150.

FERREIRA-NETO, J. L.; KIND, L. *Promoção da Saúde: Práticas Grupais na Estratégia Saúde da Família*. Belo Horizonte: Fapeming; 2011.

FITTIPALDI, A. L. M.; BARROS, D. C.; ROMANO, V. F. Apoio matricial nas ações de alimentação e nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 793-811, 2017.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. *Cadernos de trabalho sobre o direito à alimentação*. Roma: FAO-ONU, 2014. Disponível em: < <http://www.fao.org> >. Acesso em: 10 out. 2016.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. *O direito à alimentação. Diretrizes voluntárias em apoio à realização progressiva do direito à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional*. Roma: FAO-ONU, 2015. Disponível em: < <http://www.fao.org/> >. Acesso em: 12 dez. 2016.

FRANÇA-JUNIOR, I.; AYRES J. R. C. M.; LEÃO, T. M. Amamentar é um direito humano? In: PADOIN, S. M. M.; de PAULA C. C.; SOUZA, I. E. O.; LANGENDORF, T. F. *Amamentação & HIV/AIDS: saberes e práticas para além do modelo higienista*. Porto Alegre: Moriá, 2013.

FREIRE, P. *Educação e responsabilidade*. In: FREIRE, P.; FREIRE, A. M. A (organizador). *Política e Educação*. São Paulo: Paz e Terra, 2015. 2. Ed. p. 105-112.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: L. GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493-545.

GUERRA, I. C. *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: sentidos e formas de uso*. Portugal: Principia, 2006. p. 95.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE cidades@. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 26 de jan 2016.

JUNQUEIRA, T. S.; COTTA, R. M. M. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica da Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. *Ciê Saúde Colet*; Rio de Janeiro, v. 19, n. 05, p. 1459-1474, 2014.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciê Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014.

MACHADO, M.; ROCHA, D. F.; CAMPOS, M. M. Dos movimentos sociais à implementação do Programa Fome Zero (1993-2013): a trajetória da cidadania alimentar no Brasil (20 anos da ação da cidadania e 10 anos do Programa Fome Zero). *Segurança Alimentar e Nutricional*, São Paulo, v. 22, n. 2, 692-705, 2015.

MACHADO, P. P.; OLIVEIRA, N. R. F.; MENDES, A. N. O indigesto sistema do alimento mercadoria. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 505-515, 2016.

MAGALHÃES, R. Regulação de alimentos no Brasil. *R. Dir. sanit.*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 113-133, 2017.

MANN, J. M. Health and Human Rights: IF not now, when? *American Journal of Public Health*, v. 2, n. 3, p. 113-120, 1997.

MARCON, M. C.; MACHADO, P. M. O.; MORETTI-PIRES, R. O. Os discursos envolvendo o direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional na prática dos profissionais de saúde. *Saúde Transform. Soc.*, Florianópolis, v. 4, n. 4, p. 83-91, 2013.

OLIVEIRA, T. C.; CZERESINA, D.; VARGAS, E. P.; BARROS, D. C. Concepções sobre práticas alimentares em mulheres de camadas populares no Rio de Janeiro, RJ, Brasil: transformações e ressignificações. *Interface Comunicação Saúde Educação*, São Paulo, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS E PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *América Latina y el Caribe. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición*. Santiago: ONU e OPAS, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Sistemas de Saúde com base na Atenção Primária em Saúde: Estratégias para o desenvolvimento de equipes de Atenção Primária em Saúde*. Washington: OPAS, 2009. Disponível em: <www.paho.org>. Acesso em: 05 nov. 2016.

PEREZ-ESCAMILLA, R. Breastfeeding in Brazil: major progress, but still a long way to go. *J Pediatr*, Rio de Janeiro, v. 93, n. 2, p. 107-110, 2017.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciêñ Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

PINTO, E. G. Novo regime fiscal e a constitucionalização do contingenciamento das despesas primárias obrigatórias. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1097-1101, 2016.

RENOVATO, R.; BAGNATO, M. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. *Rev Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 554-562, 2010.

RIGON, A. S.; SCHMIDT, S. T.; BOGUS, C. M. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 1-10, 2016.

SANTOS, I. G.; BATISTA, N. A. DEVINCENZI MU. Residência multiprofissional em saúde da família: concepção de profissionais de saúde sobre a atuação do nutricionista. *Interface Comunicação Saúde Educação*, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 349-360, 2015.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Coordenadoria da Atenção Básica. São Paulo: SMS-CAB, 2014. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>. Acesso em: 23 mar. 2014.

SILVA, H. F.; FRANÇA JUNIOR, I. A combinação de projetos políticos distintos na atenção básica à saúde: impactos político-sociais e a desconstrução do SUS. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 2, p. 423-442, 2016.

VÍCTORA C. G.; KNAUTH D. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WAITMAN, J.; CAEIRO, G.; ROMERO GONZALES, S. A.; RÉ D. P.; DAGHERO, A.; GONZALEZ, C. D.; UMPIERREZ, G. E. Social vulnerability and hypoglycemia among patients with diabetes. *Endocrinol Diabetes Nutr*, v. 64, n. 2, p. 92-99, 2017.

ZABALA, A. *A Prática Educativa: como ensinar. A função sócia do ensino e a concepção sobre os processos de aprendizagem: instrumentos de análise*. Porto Alegre: ArtMed, 1998. p. 28-52.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das reflexões e dos dados produzidos nos três artigos desta tese destacam-se alguns desafios e potencialidades para a efetivação do DHAA e a atuação profissional no contexto da APS.

Em tempos de crises, a garantia dos direitos humanos fundamentais é tradicionalmente impactada pela opção dos governos neoliberais em reduzir o papel do Estado frente ao avanço do capital. As consequências concretas são a diminuição dos gastos públicos e cortes significativos nos investimentos sociais. Para o cenário brasileiro, a ideia de Estado mínimo, que gasta pouco com suas políticas públicas, parece convencer até uma parte da população que ainda necessita da efetivação de seus direitos humanos fundamentais. O discurso da estabilização econômica via contingenciamento tem se mostrado capaz de sobrepujar as pautas de desenvolvimento humano no país e as discussões necessárias não foram amplas e democráticas. Destaca-se a importância de se divulgar e debater as consequências da política atual para a garantia dos direitos humanos fundamentais, particularmente da alimentação e da saúde, identificando quem são os mais afetados e refletindo se este é o modelo de Estado e sociedade que nós, brasileiros, queremos.

Nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento a efetivação do DHAA está em disputa enquanto via de concretização de justiça social e garantia das gerações futuras. Diante disso, há o desafio da reorientação da produção científica em SAN no sentido de focalizar as discussões em aspectos humanos e sociais, com argumentação mais fecunda para a compreensão e disputa da alimentação como um direito humano.

Os profissionais da saúde têm papel intransferível na efetivação dos direitos humanos fundamentais; e o nutricionista é um ator importante na contribuição para o percurso das novas fronteiras que a nutrição pode enunciar para o campo da saúde pública.

Neste estudo, foi possível a aproximação do ‘como abordar e como fazer’ mediante a temática da alimentação no cenário da APS, buscando compreender os perfis de atuação profissional, as concepções e as estratégias de ação sugeridas; no entanto, há necessidade da atuação interprofissional e colaborativa para a realização de ações coletivas que visam a efetivação do DHAA. As concepções e estratégias de ação sobre alimentação necessitam de reorientação para que sejam realizadas na direção dos

direitos humanos. Destaca-se, o papel relevante que o nutricionista precisa assumir enquanto matriciador da equipe da ESF, para facilitar a compreensão e a abordagem da alimentação dentro do processo de EAN na perspectiva dos direitos humanos e da SAN.

A alimentação pode ser um tema transversal a todos os profissionais da saúde da APS, e o nutricionista se destaca como o principal protagonista para atuar junto à equipe e a população na efetivação do DHAA. Considerando que o profissional da saúde está inserido em um contexto de educação em saúde, ele deve assumir o seu papel de educador, principalmente, quando desenvolve processos técnico-educacionais em ações coletivas na APS (ex.: grupos educativos, visitas domiciliares, reuniões de equipe). É fundamental o engajamento profissional, com postura ética e política, com responsabilidade social para o desenvolvimento das práticas grupais cotidianas que empregam o diálogo e o conhecimento das expectativas dos usuários. É essencial conhecer, pensar, planejar, agir e avaliar como elementos que compõem os processos de trabalho da tomada de decisões na APS. Desse modo, existem desafios que precisam ser enfrentados na formação tanto na área da saúde quanto da nutrição, uma estratégia importante é a produção de conhecimento mais integrado, sistêmico e com vivência em diferentes contextos. A realização de estágios curriculares interdisciplinares em diversos cenários de gestão e regulação dos serviços de saúde, educação, agricultura e abastecimento, saneamento e em instâncias de controle social (CONSEA e CAISAN), instâncias jurídicas e legislativas, que busquem aproximar os estudantes da realidade da população, no sentido de conhecer as suas necessidades de saúde e alimentação.

No campo das políticas públicas de alimentação e nutrição, os marcos referenciais para orientação dos gestores, serviços, profissionais da saúde ainda precisam alcançar esses atores de forma ampla e dialética no seu cenário de atuação; observa-se que houve importantes esforços para que na sua construção, o DHAA fosse colocado como um tema que todos os profissionais possam trabalhar. No entanto, há a falta de estratégias para implementação dessas políticas públicas, falta educação permanente para a utilização de manuais e guias pelos profissionais da saúde. É necessário que todo esse material e essa capacitação chegue até os profissionais na APS. No caso da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), ela se coloca como articuladora entre a saúde e a SAN, no contexto da APS, mas tem se comprometido pouco com a efetivação do DHAA de forma intersetorial e interdisciplinar, limitando a sua capilaridade nas ações na APS e fortalecendo o foco clínico/biomédico do cuidado

em saúde. A disputa e o enfrentamento das questões sociais ocorrem nas oportunidades compartilhadas de ação, ou seja, nas ações coletivas.

A universidade é um espaço potente para a construção de rupturas das estruturas consideradas bastante sólidas e presentes nos diversos setores do Estado e da sociedade; e como espaço de formação de recursos humanos, produtora de conhecimento e reflexão, ela é capaz de fundamentar estratégias e ações para a implementação de políticas públicas que visam a efetivação dos direitos humanos fundamentais.

Assim, sugere-se que futuras pesquisas e publicações da área da saúde, particularmente, do campo da saúde pública e da nutrição (que supostamente tem um compromisso com a agenda dos direitos humanos fundamentais), avancem na ampliação da noção da alimentação como um direito humano, buscando promover mudanças nos rumos do debate da SAN com enfoques e estratégias voltadas para o enfrentamento das questões políticas, econômicas e sociais inerentes a essa temática. Sugere-se também que futuros estudos investiguem as estratégias e ações que estão sendo realizadas para a efetivação do DHAA no contexto da APS; e nessa direção, no monitoramento e na avaliação das políticas nacionais de alimentação e nutrição e de SAN no contexto da APS.

REFERÊNCIAS

Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos. O Direito Humano à Alimentação Adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília; 2013.

Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegon M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;370(9603):1929–1938.

Aith FMA. Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin; 2007.

Albuquerque MFM. A segurança alimentar e nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza. *Rev. Nutr.* 2009;22(6):895-903.

Almeida Filho NM. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em saúde coletiva no Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(6):1677-1682.

Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C. Nutrição comportamental. Barueri: Manole; 2015.

Amparo-Santos L. Avanços e desdobramentos do marco de referência da educação alimentar e nutricional para políticas públicas no âmbito da universidade e para os aspectos culturais da alimentação. *Rev. Nutr.* 2013;26(5):595-600.

Arruda IKG, Arruda BKG. Nutrição e Desenvolvimento. *Cad. Saúde Pública.* 1994;10:392-397.

Ayres JRCM, Paiva V, França-Júnior I. Conceitos e práticas de prevenção: da História Natural da Doença ao quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde - Livro I: Da doença à cidadania. Curitiba: Juruá; 2012. p. 71- 94.

Barros MSC, Costa VMH. M. A construção de um sistema de garantia da segurança alimentar e nutricional para o Brasil. *Segurança Alimentar e Nutricional.* 2016; 23(1):795-806.

Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p. 393-415.

Bezerra TA, Olinda RA, Pedraza DF. Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(2):637-651.

Bobbio N. Sobre os fundamentos dos direitos do homem. A era dos direitos. In: Bobbio N. Rio de Janeiro: Campus; 1992.

Botelho FC, Guerra LDS, Pava-Cárdenas A, Cervato-Mancuso AM. Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha. *Ciênc Saude Colet.* 2016;21(6):1889-1898.

Bucci MPD. O conceito de política pública em direito. In: Bucci MPD. (organizador). Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva; 2006. p. 1-47.

Burlandy L, Bodstein RC. Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992). Cad. Saúde Pública 1998;14(3):543-554.

Burlandy L. A atuação da sociedade civil na construção do campo da Alimentação e Nutrição no Brasil: elementos para reflexão. Cien Saude Colet. 2011;16(1):63-72.

Burlandy L, Rocha C, Maluf MMM, Ferreira DM, Pereira SEAC. International cooperation for food and nutrition security: Systematization of the participatory, contextualized, and intersectoral educational practices. Rev. Nutr.2016;29(6):929-946.

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

_____. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional n. 11.346 de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2006 18 set.); Seção 1:4.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica à Saúde. Dialogando sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada no contexto do SUS. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília; 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015. Brasília; 2011a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional - CAISAN. Cadernos SISAN: estruturando o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN. Brasília; 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas. Brasília; 2012b.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a população brasileira. 2. Ed. Brasília; 2014a.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília; 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. núcleo de apoio à saúde da família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília; 2014c.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Experiência brasileira atrai missões de 92 países. [Internet]. Brasília, DF: MDS; 2015a. [citado em 22 fevereiro 2017]. Disponível em: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2015/setembro/experiencia-brasileira-atrai-missoes-de-92-paises>

_____. Decreto n. 8.553 de 05 de novembro de 2015b. Institui o Pacto Nacional para Alimentação Saudável. Diário Oficial da União, Brasília (2015 04 nov.); Seção 1:7.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2016/2019. Brasília; 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gestão municipal das políticas de alimentação e nutrição e de promoção da saúde na atenção básica. Brasília; 2017.

Carter KN, Lanumata T, Kruse K, Gorton D. What are the determinants of food insecurity in New Zealand and does this differ for males and females? Aust NZ J Public Health 2010;34(6):602-608.

Casemiro JP, Valla VV, Guimarães MBL. Direito humano à alimentação adequada: um olhar urbano. Cien Saude Colet. 2010;15(4):2085-2093.

Castro I. Desafios e perspectivas para a promoção da alimentação adequada e saudável no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2015;31(1):7-9.

Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. Cienc Saude Colet 2012;17(12):3289-3300.

Chilton M, Rose D. A rights-based approach to food insecurity in the United States. Am J Public Health. 2009;99(7):1203-1211.

Comparato FK. A afirmação histórica dos Direitos Humanos. 4ª edição. São Paulo: Saraiva; 2005. p. 55-66.

Contreras J, GRACIA M. Alimentação, sociedade e cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Relatório Final 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - Comida de verdade no campo e na cidade: por direitos e soberania alimentar. Brasília; 2015.

_____. Relatório Final 3ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Por um desenvolvimento sustentável com soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. Fortaleza; 2007.

Costa CGA. Segurança alimentar e nutricional: significados e apropriações. São Paulo: Annablume, Fapesp; 2011.

Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saúde e Sociedade 2011;20:4:961-970.

Cutler-Triggs C, Fryer GE, Miyoshi TJ, Weitzman M. Increased rates and severity of child and adult food insecurity in households with adult smokers. Arch Pediatr Adolesc Med. 2008;162:1056-1062.

Dallari SG, Adorno RCF, Faria MM, Shuqair NSMSAQ, Trewikowshi S. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. Cad. Saúde Pública. 1996;12(4):531-540.

Dallari SG. A construção do direito à saúde no Brasil. R. Dir. sanit. 2009;9(3):9-34.

Ferraz MA. Direito humano à alimentação e sustentabilidade no sistema alimentar. São Paulo: Paulinas; 2017.

Ferreira VSC, da Silva LMV. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 103-150.

Fittipaldi ALM, Barros DC, Romano VF. Apoio matricial nas ações de alimentação e nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2017;27(3):793-811.

Ferreira Neto JL, Kind L. Promoção da Saúde: práticas grupais na estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec; Belo Horizonte: Fapemig; 2011.

Fleury S. Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil. Lancet. 2011;4:4-5.

Food and Agriculture Organization of the United Nations. The right to adequate food. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. New York; 2010.

_____. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo: como afecta la volatilidade de los precios internacionales a las economias nacionales y la seguridad alimentaria? Roma; 2011.

_____. Cadernos de trabalho sobre o direito à alimentação. Roma; 2014a. Disponível em: < <http://www.fao.org> >. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. O Direito Humano à Alimentação Adequada no marco estratégico global para a segurança alimentar e nutricional. Consenso global. Roma; 2014b.

_____. O Estado da SAN no Brasil: um retrato multidimensional. Relatório 2014. Brasília; 2014c.

_____. O direito à alimentação. Diretrizes voluntárias em apoio à realização progressiva do direito à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. Roma; 2015a.

_____. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Cumplimiento de los objetivos internacionales para 2015 em relación el hambre: balance de los desiguales progresos. Roma; 2015b.

França-Junior I, Ayres JRCM, Leão TM. Amamentar é um direito humano? In: Padoin SMM, de Paula CC, Souza IEO, Langendorf TF. Amamentação & HIV/AIDS: saberes e práticas para além do modelo higienista. Porto Alegre: Moriá; 2013.

Freire P. Educação e responsabilidade. In: Freire P, Freire AM. A (organizador). Política e Educação. São Paulo: Paz e Terra; 2015. 2. Ed. p. 105-112.

Freitas MC, Penna PGL. Segurança Alimentar e Nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da cultura. Rev. Nutr. 2007;20(1):69-81.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: L Giovanella, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493-545.

Guerra IC. Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: sentidos e formas de uso. Portugal: Principia; 2006. p. 95.

Guerra LDS, Espinosa MM, Bezerra ACD, Guimarães LV, Lima-Lopes MA. Insegurança alimentar em domicílios com adolescentes da Amazônia Legal Brasileira: prevalência e fatores associados. Cad. Saúde Pública. 2013;29(2):335-348.

Gruskin S, Mills EJ, Tarantola D. Health and Human Rights 1 History, principles, and practice of health and human rights. The Lancet. 2007;370(9585):449-455.

Haddad L, Hawkes C, Webb P, Thomas S, Beddington J, Waage J, Flynn D. A new global research agenda for food. Nature 2016;540:30-32.

Hoffmann R. Pobreza, insegurança alimentar e desnutrição no Brasil. Estud. av. 1995;9;24:159-172.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades@. [Internet] Rio de Janeiro: IBGE, 2010. [citado em 06 de novembro 2016]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br>.

Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Paiva AB, Mesquita ACS, Jaccoud L, Passos L. O novo regime fiscal e suas implicações para a política de assistência social no Brasil. Nota Técnica nº 27. Brasília; 2016.

International Food Policy Research Institute. Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030. Washington; 2016.

Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolino GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. Cad. Saúde Pública 2011;24(6):809-824.

Jaime PC, Santos LMP. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em Saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate* 2014;51:72-85.

Junqueira TS, Cotta RMM. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. *Cien Saude Colet* 2014;19(5):1459-1474.

Kaiser LL, Melgar-Quinonez HR, Townsend MS, Nicholson Y, Fuji ML, Martin AC. et al. Food insecurity and food supplies in Latino households with young children. *J Nutr Educ Behav*. 2003;35(3):148-153.

Kepple AW, Segall-Corrêa AM. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. *Cien Saude Colet*. 2011;16(1):187-199.

Kersey M, Geppert J, Cutts DB. Hunger in young children of Mexican immigrant families. *Public Health Nutr* 2007;10(4):390-395.

Konzernatlas Atlas das Multinacionais 2017. Ideias na Mesa [documento da internet]. 2017 [acessado 2017 Jan 26]. Disponível em: <http://www.ideiasnamesa.unb.br/index.php?r=noticia/view&id=2283>

Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Cien Saude Colet* 2014;19(4):1019-1029.

Lefevre F, Lefevre AMC. Health, empowerment and triangulation. *Saúde e Sociedade* 2004;13(2):32–38.

Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL *et al*. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *The Lancet*. 2015;385(20):2510-2520.

Machado PP, Oliveira NRF, Mendes AN. O indigesto sistema do alimento mercadoria. *Saúde Soc*. 2016;25(2):505-515.

Machado M, Rocha DF, Campos MM. Dos movimentos sociais à implementação do Programa Fome Zero (1993-2013): a trajetória da cidadania alimentar no Brasil (20 anos da ação da cidadania e 10 anos do Programa Fome Zero). *Segurança Alimentar e Nutricional*. 2015;22(2):692-705.

Maciel ME. Identidade cultural e alimentação. In: Canesqui A, Diez-Garcia RW. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 48- 55.

Magalhães R. Regulação de alimentos no Brasil. *R. Dir. sanit*. 2017;17(3):113-133.

Maluf RS. *Segurança Alimentar e Nutricional*. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2009.

Mann JM. Health and Human Rigths: IF not now, when? *American Journal of Public Health*. 1997;2(3):113-120.

Marcon MC, Machado PMO, Moretti-Pires RO. Os discursos envolvendo o direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional na prática dos profissionais de saúde. *Saúde Transform. Soc.* 2013;4(4):83-91.

Mendes JMO, Seixas AM. Acção colectiva e protesto em Portugal: os movimentos sociais ao espelho dos media (1992-2002). *Revista Crítica de Ciências Sociais.* 2005;72:99-127.

Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(4):758-764.

Mendes AN. A saúde pública brasileira num universo "sem mundo": a austeridade da *Proposta de Emenda Constitucional 241/2016*. *Cad. Saúde Pública.* 2016;32(12):1-3.

Monteiro CA, Cannon G. The impact of transnational “Big Food” Companies on the South: a view from Brazil. *PLOSmedicine.* 2012;9(7):1-5.

McNulty J. Promoting healthy diets through nutrition education and changes in the food environment: an international review of actions and their effectiveness 2013. [Internet] Roma: FAO; 2013. [citado em 13 de março 2017]. Disponível em: <http://www.fao.org/docrep/017/i3234e/i3234e.pdf>

Nord M, Hopwood H. Recent advances provide improved tools for measuring children’s food security. *J Nutr.* 2007;137(3):533-536.

Nunes MS. O direito fundamental à alimentação e o princípio da segurança. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

Nunnery DL, Dharod JM. Potential determinants of food security among refugees in the U.S.: an examination of pre- and post- resettlement factors. *Food Sec.* 2017;9(1):163-179.

Olivares S. Informe final sobre las Buenas Prácticas en Programas de Información, Comunicación, Comunicación y Educación en Alimentación y Nutrición (ICEAN). 2011. [Internet]. Roma: FAO; 2011. [citado em 13 de março 2017]. Disponível em: <http://www.fao.org/ag/humannutrition/30015-76c5deeeab4a54ba3ed00f1a5b13a903.pdf>

Oliveira SI, OLIVEIRA KS. Novas perspectivas em educação alimentar e nutricional. *Psicologia USP* 2008;19(4):495–504.

Oliveira TC, Czeresina D, Vargas EP, Barros DC. Concepções sobre práticas alimentares em mulheres de camadas populares no Rio de Janeiro, RJ, Brasil: transformações e ressignificações. *Interface Comunicação Saúde Educação.* 2017.

Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. [documento da internet]. 1948 [acesso 2016 Nov 5]. Disponível em: <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>

_____. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Alto Comissariado de Direitos Humanos. Comentário Geral número 12: O direito humano à alimentação. New York; 1999.

_____. The International Policy Centre for Inclusive Growth. United Nations Development Programme. Policy in Focus. Food and nutrition security towards the full realization of human rights. Brasília; 2016.

_____. The Sustainable Development Goals Report. New York; 2016.

Organização da Nações Unidas no Brasil. Brasil: teto de 20 anos para o gasto público violará direitos humanos. Brasil, DF: ONUBR; 2016. [citado em 12 de dezembro 2016]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/brasil-teto-de-20-anos-para-o-gasto-publico-violara-direitos-humanos-alerta-relator-da-onu/>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe – Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional: Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. Santiago; 2017.

Organização Pan-Americana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Sistemas de Saúde com base na Atenção Primária em Saúde: Estratégias para o desenvolvimento de equipes de Atenção Primária em Saúde. [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2009. [citado em 05 de janeiro 2017]. Disponível em: <http://www.paho.org>

_____. Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde. A position paper of PAHO/WHO: Renewing Primary Health Care in the Americas. [Internet]. Washington, DC: PAHO/WHO; 2007. [citado em 05 de janeiro 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19055en/s19055en.pdf>

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011;377(9779):1778-1797.

Pekelman R. Caminhos para uma ação educativa emancipadora: a prática educativa no cotidiano dos serviços de atenção primária em saúde. *Revista APS* 2008;11(3):295-302.

Perez-Escamilla R. Breastfeeding in Brazil: major progress, but still a long way to go. *J Pediatr*. 2017;93(2):107-110.

Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Cien Saude Colet* 2001;6(2):341-360.

Pinto EG. Novo regime fiscal e a constitucionalização do contingenciamento das despesas primárias obrigatórias. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2016;26(4):1097-1101.

Pomeranz JL, Miller DP. Policies to promote healthy portion sizes for children. *Appetite*. 2015;88:50-58.

Renovato R, Bagnato M. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. *Rev Texto Contexto Enferm*. 2010;19(3):554-562.

Ribeiro H, Jaime PC, Ventura D. Alimentação e sustentabilidade. *Estudos Avançados*. 2017; 31(89):185-198.

Rios R R. O Direito Fundamental à saúde e a atividade legislativa. In: Direito Sanitário em perspectiva. ALVES, S. M. C.; DELDUQUE, M. C.; DINO NETO, N. Brasília: ESMPU, Fiocruz; 2013. p. 169- 180.

Rigon SA, Schmidt ST, Bógus CM. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Cad. Saúde Pública* 2016;32(3):1-10.

Rocha C, Burlandy L, Magalhães R. Segurança Alimentar e Nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.

Rosas LG, Harley K, Fernald LCH, Guendelman S, Mejia F, Neufeld LM, Eskenazi B. Dietary associations of household food insecurity among children of Mexican descent: results of a binational study. *J Am Diet Assoc.* 2009;109(12):2001-2009.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Coordenadoria da Atenção Básica. [Internet]. São Paulo, SP: SMS-CAB; 2014. [citado em 07 de novembro 2016]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>

Santin GC, Pintarelli TP, Fraiz FC, Oliveira ACB, Paiva SM, Ferreira FM. Association between untreated dental caries and household food insecurity in schoolchildren. *Cien Saude Colet.* 2016;21(2):573-584.

Santos IG, Batista NA. Devincenzi mu. Residência multiprofissional em saúde da família: concepção de profissionais de saúde sobre a atuação do nutricionista. *Interface Comunicação Saúde Educação.* 2015;19(53):349-360.

Shoae NZ, Omidvar N, Ghazi-Tabatabaie M, Rad AH, Fallah H, Mehrabi Y. Is the adapted Radimer/Cornell questionnaire valid to measure food insecurity of urban households in Tehran, Iran? *Public Health Nutr* 2007;10(8):855–861.

Silva HF, França Junior I. A combinação de projetos políticos distintos na atenção básica à saúde: impactos político-sociais e a desconstrução do SUS. *Saúde e Sociedade* 2016;25(2):423-442.

Silveira ML. Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. In: Saúde, Desenvolvimento e Território. d'Ávila Viana AL, Ibañez N, Elias PEM. São Paulo: Editora Hucitec; 2009. p. 127-150.

Sichieri R, Pereira RA. Revista de Saúde Pública: 50 years disseminating the knowledge in nutrition. *Rev Saúde Pública.* 2016;50(72):1-12.

Singer A. A (falta de) base política para o ensaio desenvolvimentista. In: Singer A, Loureiro I. As contradições do Lulismo: a que ponto chegamos?. São Paulo: Boitempo; 2016. p. 21- 54.

Slomp Junior H, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. *Cienc Saude Colet* 2015;20(6):1795-1803.

Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P et al. The Lancet. 2017;16(S0140-6736):1-9.

United Nations Children's Fund. *The state of the world's children 2012: children in an urban world*. New York; 2012.

Valente FLS. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. *Saúde Soc*. 2003;12(1):51-60.

Vasconcelos ACCP, Magalhães R. Práticas educativas em Segurança Alimentar e Nutricional: reflexões a partir da experiência da EStratégia Saúde da Família em João Pessoa, PB, Brasil. *Interface (Botucatu)* 2016;20(56):99-110.

Víctora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

Waitman J, Caeiro G, Romero Gonzales SA, RÉ DP, Daghero A, Gonzalez CD, Umpierrez GE. Social vulnerability and hypoglycemia among patients with diabetes. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2017;64(2):92-99.

World Health Organization. Global Status Report on noncommunicable diseases 2014: "Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility". Geneva; 2014.

_____. Global Report on Urban Health: equitable, healthier cities for sustainable development. Executive Summary. Centre for Health Development: Kobe, UN-Habitat: Nairobi; 2016.

Young S, Wheeler AC, McCoy SI, Weiser SD. A review of the role of food insecurity in adherence to care and treatment among adult and pediatric populations living with HIV and AIDS. *AIDS Behav*. 2014;18(Suppl 5):S505-515.

ZABALA, A. A Prática Educativa: como ensinar. A função sócia do ensino e a concepção sobre os processos de aprendizagem: instrumentos de análise. Porto Alegre: ArtMed; 1998. p. 28-52.

ANEXOS

ANEXO 1 – Roteiro de entrevista

I. IDENTIFICAÇÃO DOS GRUPOS DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL

Estudo: Educação Nutricional na Atenção Primária à Saúde
Faculdade de Saúde Pública- USP

Pesquisadores: Ana Maria Cervato Mancuso
Lúcia Dias da Silva Guerra
Fernanda Cangussu Botelho
Larissa Vicente Tonacio

1. Profissionais que realizam a educação nutricional em grupo

Identificação do Profissional (Auto-aplicável)

Nome completo

Data de preenchimento

Data de nascimento

Ano no qual conclui o curso de graduação:

Realização de pós-graduação?

Nome do curso e ano de conclusão

Cidade e região de atuação:

Nome da Instituição de trabalho:

Função:

Há quanto tempo na função atual (anos)?

Descreva as atividades realizadas cotidianamente em seu trabalho:

2. Grupos de Educação Nutricional

Você participa de grupos que abordam a alimentação e nutrição? Quais são os nomes desses grupos?

Agradecemos sua atenção e colaboração.

II. ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA

Estudo: Educação Nutricional na Atenção Primária à Saúde
Faculdade de Saúde Pública- USP

Pesquisadores: Ana Maria Cervato Mancuso
Lúcia Dias da Silva Guerra
Fernanda Cangussu Botelho
Larissa Vicente Tonacio

Roteiro de perguntas para a entrevista.

1. Carla, uma enfermeira da Saúde da Família, tem um grupo de emagrecimento, no qual participam donas de casa. No decorrer dos encontros, ela percebeu que as participantes apresentavam aumento de peso, algumas com obesidade, e tinham dificuldades de seguir suas orientações para uma alimentação saudável por não encontrar no mercado os alimentos recomendados ou, então, eles eram muito caros. Diante desse cenário, o que você faria?

(Assegurar o processo permanente de educação alimentar e nutricional e de promoção da alimentação adequada e saudável, valorizando e respeitando as especificidades culturais e regionais, a disponibilidade e acesso aos alimentos, na perspectiva da SAN e da promoção do DHAA)

ANEXO 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO
PROFISSIONAL**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **Práticas pedagógicas na Atenção Primária à Saúde em São Paulo e Bogotá.**

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: A realização da presente pesquisa justifica-se considerando que dentro das pesquisas na área da Educação Nutricional (EN) tem sido pouco detalhada até o momento, uma vez que essa ação faz parte do cotidiano dos nutricionistas e de outros profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS). O objetivo dessa pesquisa é comparar os conteúdos e as práticas pedagógicas trabalhadas em grupos de EN dentro da APS em São Paulo (Brasil) e Bogotá (Colômbia). Os procedimentos de coleta de dados serão: realização de entrevistas individuais semiestruturadas com os profissionais da saúde e observações sistemáticas de um encontro de um grupo realizado por cada entrevistado. Estes procedimentos serão realizados por entrevistadores treinados utilizando-se de gravador portátil para o registro das entrevistas e para as observações um formulário prévio de observações que será preenchido pelo observador no momento do grupo.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Existe um desconforto e risco mínimo para você ao se submeter à entrevista e à observação, sendo que esses se justificam pelos benefícios que a pesquisa poderá trazer na área de EN dentro da APS. Para o participante não terá benefício direto com a sua participação.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados das entrevistas e das observações serão enviados para você e permanecerão confidenciais e sua divulgação será realizada apenas no meio científico. Você tem direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais que sejam do conhecimento do pesquisador. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O pesquisador compromete-se em utilizar os dados e materiais coletados somente para

esta pesquisa, sem identificação dos seus participantes. Uma cópia deste consentimento será arquivada no Curso de Pós-graduação de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você. **CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Também se existir qualquer despesa adicional, ela será incluída no orçamento da pesquisa. As entrevistas e observações serão realizadas no local do trabalho, em horário e data agendados de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado. Eu, _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Ficaram claros quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Fui informado(a) que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante do estudo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. O pesquisador certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos poderei chamar as pesquisadoras **Lúcia Dias da Silva Guerra** e a professora Ana Maria Cervato Mancuso no telefone (11) 3061-7705 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo no telefone (11) 3061-7779, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, sito à Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Nome	Assinatura do Profissional	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

ANEXO 3**Parecer N° 22/2013 – Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde CEP/SMS**

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO <small>SECRETARIA DA SAÚDE</small>	Secretaria Municipal de Saúde Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS	CAAE: 008/12
São Paulo, 01 de abril de 2013 PARECER N° 22/13 – CEP/SMS		
 Ilma. Sra. Ana Maria Cervato Mancuso		
Projeto de Pesquisa Título: "Educação Nutricional na Atenção Primária em Saúde nas Cidades de São Paulo e Bogotá"		
I. Solicitação de Adendo enviada pela pesquisadora em 13/02/13:		
<p>A partir da aprovação do projeto "Educação Nutricional na Atenção Primária em Saúde nas cidades de São Paulo e Bogotá" pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), iniciou-se a coleta dos dados somente referentes a nutricionistas.</p> <p>Este adendo refere-se à solicitação de inclusão para coleta dos dados dos "profissionais da saúde da Atenção Primária em Saúde".</p> <p>O pesquisador informa que a estrutura metodológica do projeto será mantida para os demais profissionais da saúde e que o trabalho com a Educação Nutricional.</p>		
II – Considerações		
<p>Do ponto de vista ético, este adendo não muda a essência do estudo, estando de acordo com a Resolução 196/96 e suas complementares.</p> <p>Lembramos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado,</p>		
III - Parecer do CEP: Adendo APROVADO
 <hr style="width: 20%; margin: auto;"/> Simone Mongelli de Fantini Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS		
<hr style="border: 1px solid black;"/> <p><small>* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/</small></p>		