Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Segurança Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à
Saúde: um olhar a partir dos direitos humanos

Fernanda Cangussu Botelho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Ivan França Junior

São Paulo
2019

Segurança Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde: um olhar a partir dos direitos humanos

Fernanda Cangussu Botelho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Ivan França Junior

São Paulo
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Botelho, Fernanda Cangussu

Segurança Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde: um olhar a partir dos direitos humanos / Fernanda Cangussu Botelho; orientador Ivan França Junior. -- São Paulo, 2019.

112 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2019.

1. Segurança Alimentar e Nutricional. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Direitos Humanos. 4. Direito Humano à Alimentação Adequada. 5. Práticas de saúde. I. França Junior, Ivan, orient. II. Título.

*À minha mãe Darlene e
aos meus avós Izalina e Lúcio*

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, especialmente à minha mãe Darlene, por ser minha inspiração como uma mulher forte e independente, e meu companheiro Erick, pela parceria, apoio e paciência durante a execução deste trabalho. Aos meus amigos, especialmente Jeferson, que me ampararam nos percalços vividos. Às amigas que fiz durante a pós-graduação e colegas que dividiram comigo os momentos de sucesso e angústias que permeiam esta fase tão peculiar da trajetória acadêmica: Karina, Juliana, Aline, Talita, Tereza e Ananda.

Ao meu orientador, Ivan França Junior, pela generosidade no compartilhamento de conhecimentos e pelo cuidado no processo de orientação, cujo exemplo de excelência como professor e cientista, indubitavelmente, marcaram a minha vida profissional.

À Lúcia Dias da Silva Guerra e Larissa Vicente Tonacio por aceitarem participar da empreitada que é fazer uma revisão e reafirmarem a nossa parceria profissional. À Samara Ferrari Rodrigues pela colaboração acadêmica e por me permitir enxergar a pesquisa em equipe de um ponto de vista, até então, desconhecido.

Adicionalmente, a dois grupos que participo. Ao grupo de pesquisa Juventude, Sexualidade e Intervenções, coordenado pelos professores Ivan França Junior e Cristiane da Silva Cabral, como um espaço de formação teórica e metodológica em investigação em saúde pública, contribuindo para uma compreensão crítica da construção do saber científico. Também ao grupo de estudos sobre hermenêutica filosófica, liderado pelo professor José Ricardo Ayres, que me propiciou uma outra forma de conceber o processo de compreensão, notadamente pelo caráter de historicidade do conhecimento, e influenciou substancialmente esta dissertação.

À Universidade de São Paulo, que tem sido um cenário central para a minha formação como cientista e como cidadã. Especialmente, à Faculdade de Saúde Pública e ao Departamento de

Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, que me acolheram enquanto estudante de pós-graduação e forneceram a estrutura para a construção deste trabalho. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pela concessão da bolsa de mestrado (Processo 131628/2017-8). Além disso, o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

Botelho FC. Segurança Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde: um olhar a partir dos direitos humanos [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Dentro do setor saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) se destaca como um espaço potencial para abordar a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Neste contexto é possível atuar tanto para identificação como para promoção da SAN. Por sua vez, a SAN não constitui um conceito estático. Seu significado é alterado conforme os interesses de quem se apropria dela. A adoção da noção do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) para a abordagem da SAN é uma das formas de interpretar, investigar e atuar nesta temática. Neste sentido, o presente trabalho teve por objetivo compreender as práticas de SAN na APS na ótica do DHAA. Para tal, foi elaborado um ensaio para formular, no nível prático, alternativas de como a APS pode fortalecer o DHAA. Também, realizou-se uma revisão de escopo, de forma a mapear as bases teóricas que fundamentam esta produção e descrever como o arcabouço de DHAA está incorporado. Usando elementos do direito à saúde (disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade) foram fornecidas alternativas para o respeito, proteção e efetivação do DHAA. O ensaio resgata o potencial das práticas de alimentação da APS numa perspectiva emancipadora dos direitos humanos. Adicionalmente, a revisão de escopo mostra que os direitos humanos estão pouco presentes na produção científica sobre práticas de SAN na APS. Predomina a noção de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) como fator de risco para a saúde, sendo minoritários os quadros teóricos dos determinantes sociais da saúde e dos direitos humanos. A produção científica incorpora pouco os elementos do DHAA, notadamente o estilo de pensamento da IAN como risco para a saúde e da

SAN como determinante social da saúde. Há maior homogeneidade e complexidade conceitual dentro do estilo de pensamento da SAN como direito humano para definir a SAN. O presente trabalho fortalece a compreensão da SAN na APS sob a ótica dos direitos humanos.

Palavras-chave: Segurança Alimentar e Nutricional; Direito à Alimentação Adequada; Atenção Primária à Saúde; Cuidados Primários em Saúde; Atenção Básica; Serviços de Saúde; Direitos Humanos.

ABSTRACT

Botelho FC. Food and nutrition security in primary health care: an analysis through human rights [master dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Primary health care (PHC) is a potential setting within health sector to deal with Food and Nutrition Security (FNS). In this context, it is possible to act for the identification as well as for promotion of FNS. FNS is not a static concept. Its meaning is modified according to the interests of the one who uses it. The adoption of the notion of the right to adequate food (RAF) to approach FNS is one of the possibilities to understand, search and act towards this theme. Therefore, the present study aimed to understand the practices of FNS in PHC from the point of view of the RAF. For this, an essay was developed to formulate, at the practical level, alternatives to how PHC can strengthen the RAF. A scoping review was also carried out, in order to map the theoretical bases that support this production and to describe how the RAF framework is incorporated. Using elements of the right to health (availability, accessibility, acceptability and quality) alternatives have been provided for the respect, protection and fulfillment of the RAF. The essay highlights the potential of practices towards FNS at PHC through an emancipatory perspective of human rights. In addition, the scoping review indicate that human rights are scarcely present in the scientific production on SAN practices in PHC. The notion of Food and Nutrition Insecurity (FNI) as a risk factor for health predominates, and the theoretical frameworks of social determinants of health and human rights are minorities. Scientific production incorporates few elements of the AF, notably the thought style of FNI as a risk factor for health and the FNS as a social determinant of health. There is greater homogeneity and conceptual complexity to define FNS within the thought style of FNS as a human right. The present study strengthens the understanding of FNS in the PHC from the perspective of the RAF.

Keywords: Food Security; Food and Nutrition Security; Right to Adequate Food; Primary Health Care; Primary Care; Health Services; Human rights.

Siglas utilizadas

APS	-	Atenção Primária à Saúde
CONSEA	-	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DHAA	-	Direito Humano à Alimentação Adequada
DUDH	-	Declaração Universal dos Direitos Humanos
IAN	-	Insegurança Alimentar e Nutricional
GC 12	-	<i>General Comment No. 12: The right to adequate food</i>
FAO	-	<i>Food and Agriculture Organization</i>
FIAN	-	<i>Foodfirst Information and Action Network</i>
IAN	-	Insegurança Alimentar e Nutricional
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
ONG	-	Organizações não governamental
PIDESC	-	Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
SA	-	Segurança Alimentar
SAN	-	Segurança Alimentar e Nutricional
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1. INTRODUÇÃO	16
1.1. Abordagem da Segurança Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde.....	16
1.2. Construção da conceituação de Segurança Alimentar e Nutricional	18
1.3. Adoção do Direito Humano à Alimentação Adequada.....	23
1.4. Produção científica sobre práticas de Segurança Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde	27
2. OBJETIVOS	30
2.1. Objetivo geral.....	30
2.2. Objetivos específicos	30
3. MÉTODOS	31
3.1. Ensaio.....	31
3.2. Revisão de escopo.....	31
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1. Artigo 1: Como a atenção primária à saúde pode fortalecer a alimentação adequada enquanto direito na América Latina?	37
4.2. Artigo 2: Estilos e coletivos de pensamento na produção científica sobre Práticas de Segurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde: há direitos humanos?	44
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
6. REFERÊNCIAS	102
7. ANEXOS	110
Currículos Lattes	110

APRESENTAÇÃO

Cursei a graduação em nutrição entre 2011 e 2015 na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Na maior parte deste período, tive a oportunidade de participar do grupo de pesquisa “Segurança Alimentar e Nutricional: formação e atuação profissional”, da professora Ana Maria Cervato Mancuso, inserido no Departamento de Nutrição. Esta foi uma experiência central para a minha formação profissional e para a construção dos meus interesses acadêmicos.

Nesta ocasião, o cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ocupar uma posição de destaque na minha rotina. Isso se deu tanto a partir de leituras e discussões teóricas com o grupo, quanto no acompanhamento dos serviços de saúde através da pesquisa de campo. Para mim, este cenário se mostrava altamente promissor para o desenvolvimento de ações emancipadoras sobre alimentação e nutrição, com impactos contínuos na vida dos cidadãos. Destaco que esta introdução na ciência se deu a partir da abordagem qualitativa de investigação, o que reverbera nos tipos de perguntas de pesquisa que ainda me instigam.

Posteriormente, no estágio da área de Saúde Pública e em alguns meses de atuação na APS depois de formada, ficaram mais claras as suas potencialidades, mas também os desafios que permeiam a prática do trabalho envolvendo o tema da alimentação e nutrição neste contexto. Dentre eles, sobressaía a questão da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) das populações corriqueiramente designadas como vulneráveis. Neste sentido, iniciei o mestrado com a ambição de compreender melhor o conceito de vulnerabilidade na área da saúde, com destaque para a vulnerabilidade à insegurança alimentar e nutricional (IAN).

O caminho natural (e cômodo) seria permanecer vinculada ao departamento original, porém dentro do meu processo de formação, senti a necessidade de buscar ferramentas e conteúdos que

escapam do escopo da nutrição enquanto núcleo disciplinar e de avançar para o terreno comum do campo da saúde pública. Neste sentido, a parceria com o Professor Ivan França Junior, dentro do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, se mostrou promissora para o desenvolvimento deste projeto, dada a sua trajetória na construção do conceito de vulnerabilidade em saúde.

Ainda que este tenha sido o ponto de partida deste projeto, a sua materialização caminhou em outra direção. Progressivamente, a vulnerabilidade à IAN foi substituída pela questão mais prática de como lidar com este problema na dinâmica dos serviços de saúde, especialmente na APS. Além disso, a utilização do quadro teórico dos direitos humanos se mostrou oportuna para trabalhar com esta temática. Obviamente, estas transformações no meu objeto de pesquisa não constituíram um processo meramente individual. Ao contrário, houve um atravessamento pelo contato com diferentes professores, disciplinas, referências bibliográficas e colegas. Neste processo, a influência do Professor Ivan foi essencial para a constituição deste trabalho. Sua experiência na interface entre Saúde Pública e Direitos Humanos foi central para subsidiar a construção desta pesquisa e contribuir para a minha formação acadêmica.

Destaco também a oportunidade que tive de me aproximar da hermenêutica filosófica no decorrer do último ano. Ainda que este trabalho não tenha sido pensado a partir deste referencial, seria uma ingenuidade pensar que este contato não influenciou o seu desenvolvimento. Desta experiência ressalto três pontos. O primeiro é a ideia de que todo texto está localizado num determinado tempo histórico, ou seja, carrega consigo uma historicidade que não se pode desconsiderar. O segundo está na importância do autor dos textos. Um texto não brota espontaneamente. Ao contrário, é escrito por sujeitos que, por sua vez, estão localizados no tempo e espaço. O terceiro está no entendimento de que não é praticável compreender um texto da mesma forma como o autor escreveu, pois o processo de compreensão também envolve o intérprete, e não

apenas o interpretado. Neste sentido, na compreensão de um texto faz-se o movimento de buscar fundir estes dois horizontes, com a ideia de que algo novo (o produto a compreensão) surge a partir deste encontro. Neste sentido, além desta trajetória pessoal, preciso resgatar o contexto sócio-histórico em que a minha formação profissional ocorreu e em que essa dissertação foi elaborada. A pauta da SAN vem ocupando uma posição importante no cenário político brasileiro há algum tempo. A denúncia da fome como um problema estrutural da nossa sociedade foi desempenhada por Josué de Castro desde a década de 1940. Em seu livro clássico *Geografia da Fome*, o autor considera a fome como uma consequência de decisões políticas e econômicas, e não um fenômeno meramente biológico (CASTRO, 2008). Obviamente, há que se ressaltar que o Brasil, como um país de passado colonialista, apresenta traços estruturantes de desigualdades sociais, o que torna a fome um problema contínuo. Em contrapartida, há um interesse econômico em, ao menos, amenizar esta questão. Uma sociedade formada por indivíduos desnutridos implica prejuízos econômicos para o país, visto que para produzir dentro do capitalismo os sujeitos devem ter desenvolvido minimamente suas capacidades físicas e cognitivas (ARRUDA e ARRUDA, 1994).

Deste modo, admitindo a existência de um problema em torno da alimentação e nutrição do povo brasileiro, historicamente os governos lidaram com esta questão a partir de diferentes abordagens. Ainda assim, a temática alcançou maior notoriedade nas últimas décadas. Outros autores já se debruçaram em descrever o percurso das políticas de alimentação e nutrição e da SAN no Brasil (VASCONCELOS, 2005; LEÃO e CASTRO, 2007; MACHADO et al., 2015; VASCONCELOS et al., 2019). Neste sentido, retomo a seguir apenas os pontos essenciais para contextualizar a elaboração desta dissertação.

Dentro do jogo de interesses políticos, sociais e econômicos que permeiam a construção de políticas públicas, as primeiras políticas de alimentação e nutrição da década de 1930 apresentavam um caráter centralizador e voltado para suprir as necessidades nutricionais dos trabalhadores num

contexto de industrialização do país (VASCONCELOS, 2005). Seguiu-se, especialmente na ditadura militar, um período em que predominavam políticas voltadas para o abastecimento, com foco em grupos vulneráveis biologicamente e, em alguma medida, com caráter assistencialista (VASCONCELOS, 2005). A partir da redemocratização, as pautas da fome e desemprego ganharam maior notoriedade na cena pública. Considerando os diferentes graus de priorização dada pelos governos, é neste período que ocorrem os principais avanços referentes à pauta da SAN no Brasil. Destaco que os movimentos sociais atuaram de forma central neste período para gerar um tensionamento em torno da IAN, notadamente da fome, culminando em sua maior visibilidade (BURLANDY, 2011; MALUF e REIS, 2013; MACHADO et al., 2015; SILVA et al., 2018).

Adicionalmente, a partir de 2002, com a ascensão do Partido dos Trabalhadores no governo federal, foram materializados os principais avanços político-normativos no que se refere a esta pauta. Dentre estas mudanças, destaca-se que a alimentação passa a ser reconhecida e a obter um arcabouço de direito social. Isso ficou resguardado tanto na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) (BRASIL, 2006), como na Emenda Constitucional n. 64 (BRASIL, 2010). Assim, este encontro da pauta da SAN com o reconhecimento do DHAA passou a nortear as políticas públicas deste campo (ALBUQUERQUE, 2009). A participação social na construção das políticas passou a ser valorizada, notadamente a partir da recriação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) como órgão consultivo de assessoramento da Presidência da República na temática (VASCONCELOS, 2005; SILVA et al., 2018). Além disso, a abordagem das políticas de SAN foi modificada, se concentrando na transferência de renda para famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, ainda que também tenham sido executadas concomitantemente ações em outras frentes (RIBEIRO JUNIOR, 2015; VASCONCELOS et al., 2019). Essas políticas, que se sustentam no argumento da efetivação do DHAA, foram mantidas até 2014, quando se exacerba a crise política e econômica no país (VASCONCELOS et al., 2019).

A partir deste momento houve um encolhimento da destinação de dinheiro público para as políticas sociais, o que se intensificou bruscamente em 2016, com o golpe de Estado ocorrido no Brasil (VASCONCELOS et al., 2019). Este movimento de encolhimento dos direitos sociais vem se alastrando até o presente momento.

Para compreender como o objeto de pesquisa desta dissertação foi construído é necessário considerar que a minha formação profissional e acadêmica se deu em um contexto em que o reconhecimento do DHAA para abordar a SAN foi hegemônico. Essa abordagem logrou resultados reconhecidos no cenário internacional, colocando o Brasil numa posição de destaque quando o assunto é SAN ¹. Ainda que retrocessos estejam acontecendo, essa perspectiva teórica está consolidada, especialmente na comunidade científica que trabalha com esta temática.

¹ Embora esta recapitulação histórica não pretenda criticar um ou outro partido político, preciso salientar que, ainda que tenham ocorrido avanços, o problema da IAN esteve longe de ser superado. RIBEIRO JUNIOR (2015) aponta que as ações executadas neste período mais recente, notadamente os programas de transferência de renda, não contestam as relações de produção capitalistas, que estão na base da geração do problema da fome. Neste sentido, não são suficientes para superar o problema. Aponta ainda que o reconhecimento destas ações internacionalmente se dá justamente pela manutenção do *status quo* e não confrontação dos interesses do grande capital, sendo inclusive recomendado pelo Banco Mundial, instituição fortemente defensora do neoliberalismo.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Abordagem da Segurança Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde

As práticas de saúde focam a alimentação há muito tempo. Na Atenção Primária à Saúde (APS), há quarenta anos, a Declaração de Alma-Ata já apontava a promoção da nutrição adequada como uma temática relevante (WHO, 1978). Ter a alimentação como objeto das práticas de saúde implica em lidar com uma complexidade que extrapola este setor. A alimentação incorpora não só a dimensão biológica do nutrir-se e aspectos econômicos do acessar aos alimentos, mas reflete um processo histórico ligado à identidade cultural do povo ou grupo que se alimenta (VALENTE, 2002). Assim, a questão do suprimento de alimentos e o envolvimento de setores como a agricultura, juntamente com o setor saúde, fazem parte da concretização dos cuidados primários em saúde (WHO, 1978). Essas múltiplas dimensões da alimentação podem ser sintetizadas no conceito de segurança alimentar e nutricional (SAN), que segundo a *Food and Agriculture Organization* (FAO) se dá:

Quando todas as pessoas têm, o tempo todo, acesso físico, social e econômico à comida, que é segura e consumida em quantidade e qualidade suficientes para atingir suas necessidades dietéticas e preferências alimentares, e é apoiada por um ambiente sanitário adequado, serviços de saúde e cuidado, permitindo uma vida saudável e ativa. [tradução nossa] (FAO, 2012, pag. 8)

A articulação entre a SAN e o setor saúde é, concomitantemente, necessária e desafiadora, ainda mais em contexto de desigualdades sociais persistentes (RIGON et al., 2016).

Dentro do setor saúde, a APS se destaca como um espaço potencial para abordar a SAN. Trata-se de um cenário de cuidado em saúde baseado idealmente na participação comunitária, na articulação intersetorial e na promoção da saúde (WHO, 1978). Adicionalmente, constitui o primeiro contato e o mais próximo dos usuários com um determinado sistema de saúde (WHO,

1978), o que possibilita a abordagem de questões práticas da vida cotidiana. Além disso, a concretização da APS em seus princípios norteadores e objetivos primários não pode estar desvinculada de discussões mais amplas sobre relações políticas, estruturação dos sistemas de saúde e desenvolvimento socioeconômico (WALLEY et al., 2008). Dentro deste debate, se destacam alguns temas centrais, incluindo a articulação intersetorial para promover a nutrição adequada e a SAN (WALLEY et al., 2008).

O contexto da APS pode ser tanto um local para identificação de situações de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN), seja pontualmente ou compondo a vigilância alimentar e nutricional, como para promoção da SAN. A comunidade científica vem apresentando exemplos de como estes dois domínios de abordagem da SAN vem sendo materializados no contexto da APS. A identificação da IAN dentro da APS pode ser feita através da inclusão de questões no prontuário eletrônico de saúde (PALAKSHAPPA et al., 2017), da realização de uma pergunta única durante uma consulta de rotina (KLEINMAN et al., 2007), num processo informal pela percepção dos profissionais de saúde sobre a situação alimentar dos usuários (SAVILLE, 2018), ou ainda como elemento do sistema de vigilância alimentar e nutricional (PEREIRA et al., 2012), gerando informações para subsidiar decisões políticas em torno da SAN (JAIME et al., 2011), por exemplo. Já no campo da promoção da SAN alguns exemplos são: o estabelecimento de parcerias para distribuir fórmula infantil, materiais educativos e encaminhamento para programas governamentais (BECK et al., 2014); a inclusão de um defensor (*advocate*) na APS para conectar usuários com recursos locais (BERKOWITZ et al., 2016); ou a formação de profissionais de saúde para promover a SAN na perspectiva da reivindicação dos direitos dos usuários (CARNEIRO et al., 2010).

Os exemplos de práticas apresentados acima possuem abordagens significativamente diferentes, o que pode indicar compreensões diversas do significado do conceito de SAN. Por um lado, encontram-se ações mais simples, possivelmente vinculadas ao entendimento que a SAN é

um fenômeno de fácil identificação e intervenção. Por outro lado, encontram-se práticas mais robustas, que indicariam uma interpretação mais complexa do fenômeno, vinculado à ideia de que a sua concretização demandaria ações mais estruturais e envolvendo mais entes. Até o momento não há uma avaliação das conceituações empregadas na literatura científica que apresenta as práticas relativas à SAN que ocorrem na APS. Segundo FLECK (2010), conceitos não são gerados espontaneamente. Ao contrário, são frutos de trabalho coletivo, construídos historicamente e culturalmente. Neste sentido, a trajetória da conceituação de SAN demanda uma seção para melhor elucidação, que está apresentada a seguir.

1.2. Construção da conceituação de Segurança Alimentar e Nutricional

A SAN não constitui um conceito estático. É necessário reconhecer a existência de diversas conceituações de SAN que, por sua vez, devem ser contextualizadas, entendendo que seu conteúdo está em constante disputa (MALUF e REIS, 2013). Neste sentido, o significado da SAN varia conforme as circunstâncias históricas e o modo como os governos, agentes econômicos e setores sociais se apropriam da mesma enquanto objetivo de políticas (MALUF e REIS, 2013). Ademais, a constatação de que a SAN é um conceito de caráter mutável implica em utilizá-la com cautela, no sentido de não empregar uma interpretação recente, anacronicamente, a momentos em que ela não se configurava de tal forma (MALUF, 2007).

A temática da SAN remete aos anos 1930, porém o uso explícito do termo segurança alimentar (SA) emerge a partir dos anos 1950 (MALUF e REIS, 2013). As preocupações com as questões alimentares, especialmente no que se refere à fome, se intensificaram significativamente a partir do fim da Segunda Guerra Mundial (MALUF e REIS, 2013). A fome, apesar de ser apontada por muitos como consequência de fenômenos que impactam a produção de alimentos ou

como fruto de catástrofes ambientais, constitui majoritariamente um fenômeno causado por humanos a partir de uma ação deliberada contra as vítimas (GEORGE, 1978; JONASSOHN, 1993). A Segunda Guerra Mundial constitui um dos principais exemplos históricos de como a fome foi usada como um mecanismo central e deliberado de genocídio (JONASSOHN, 1993).

Neste sentido, este conceito foi construído dentro do âmbito das políticas públicas e das relações internacionais (MALUF e REIS, 2013). Organismos vinculados à Organização das Nações Unidas (ONU), como a FAO, Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e até o Banco Mundial foram essenciais para as discussões e construções de diretrizes de atuação diante da fome (MALUF e REIS, 2013). Destaca-se a FAO como protagonista, se tornando a instituição de referência no tema (MALUF e REIS, 2013). O papel desta organização é controverso, sendo alvo de críticas. Se nas primeiras décadas de sua atuação a FAO atuou com base no aumento da produção de alimentos, ancorada na noção de escassez (GEORGE, 1978), posteriormente voltando-se para o acesso continuou sem enfrentar as relações capitalistas, geradoras das desigualdades que culminam na IAN (RIBEIRO JUNIOR, 2015).

Originalmente, o termo SA era concebido a partir da capacidade dos países em acessar alimentos (através de produção interna ou importação) em quantidade suficiente para atingir os requisitos nutricionais de sua população em termos energéticos (PINSTRUP-ANDERSEN, 2009). No entanto, essa concepção mais ligada à soberania nacional não contemplava a questão que passou a ganhar visibilidade na década de 1970 (PINSTRUP-ANDERSEN, 2009). Neste momento, levanta-se a dimensão do acesso de todas as pessoas a alimentos suficientes para a manter uma vida saudável e produtiva (PINSTRUP-ANDERSEN, 2009). Nota-se que os indivíduos, como capital humano, precisam ter condições biológicas para continuar produzindo dentro do capitalismo, já que a fome e suas consequências podem constituir prejuízos econômicos para um país (ARRUDA e ARRUDA, 1994).

Na década de 1980 houve uma inflexão para a questão da disponibilidade de renda, visto que este é um ponto central para os indivíduos e grupos sociais efetivamente acessarem os alimentos (MALUF e REIS, 2013). Além disso, gradativamente outros elementos somaram-se a este debate, como a adequação nutricional, a sustentabilidade ambiental e a aceitabilidade cultural (MALUF e REIS, 2013). Em grande medida, este incremento conceitual se deu pela atuação de setores da sociedade civil, como as organizações não governamentais (ONGs) atuantes no tema (BURLANDY, 2011; MALUF; REIS, 2013; SILVA et al., 2018).

A dimensão nutricional foi incorporada ao conceito de SA em 1992, principalmente a partir da I Conferência Internacional de Nutrição, organizada pela FAO e pela OMS (BURITY et al., 2010). No momento, incorporaram-se as noções de alimentos seguros e de qualidade, produzidos de forma sustentável, equilibrada, culturalmente aceitáveis e também incorporando a ideia de acesso à informação (BURITY et al., 2010). No entanto, a adição do adjetivo “nutricional”, culminando no termo SAN, predominantemente utilizado neste trabalho, consiste em um movimento forte especificamente no Brasil (MALUF e REIS, 2013).

A Cúpula Mundial da Alimentação realizada em Roma em 1996, organizada pela FAO, representa um importante marco conceitual para este campo (PINSTRUP-ANDERSEN, 2009; MALUF; REIS, 2013). A partir de então passou-se a entender que a SAN se dá quando “as pessoas têm, a todo momento, acesso físico e econômico a alimentos seguros, nutritivos e suficientes para satisfazer as suas necessidades dietéticas e preferências alimentares, a fim de levarem uma vida ativa e sã” (FAO, 1996, p. 2). Destaca-se que nesta ocasião reconhece-se a alimentação enquanto um direito e passa a ser adotado o princípio do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) para atingir a SA (MALUF e REIS, 2013). Cabe salientar que, ainda que a trajetória deste campo, sobretudo internacionalmente, se sustente no termo SA, a forma conjugada SAN vem ganhando mais adeptos (FAO, 2012). O termo SAN implica em uma melhor integração conceitual e

linguística da SA e segurança nutricional, sendo o seu uso recomendado atualmente pelo *Committee on World Food Security* da FAO (FAO, 2012), cuja definição foi apresentada na seção anterior. Em síntese, a FAO foi essencial para ampliação conceitual da SAN (PINSTRUP-ANDERSEN, 2009), incluindo a incorporação da noção do DHAA em sua abordagem.

Desde então, outros eventos de escala internacional para discutir a temática da SAN e/ou nutrição, explicitando o interesse e preocupação existentes sobre este problema. Entre eles estão destaca-se a Cúpula Mundial de Segurança Alimentar, que reforçou a importância da dimensão nutricional (FAO, 2009). Posteriormente ocorreu a II Conferência Internacional de Nutrição, resultando na Declaração de Roma sobre Nutrição, que opta pela expressão “segurança alimentar e nutrição” (no inglês, *food security and nutrition*) (FAO e WHO, 2014). Ambos eventos reafirmam o DHAA, mas não culminam em maiores aportes conceituais à SAN. Outros dois acontecimentos que denotam a importância da pauta da nutrição são o lançamento da Década de Ação pela Nutrição pela ONU (ONU, 2016) e o Simpósio Internacional sobre Sistemas Alimentares Sustentáveis para uma Dieta Saudável e Melhoria Nutrição (FAO e WHO, 2016). Nestes dois últimos, ainda que a SAN seja mencionada, o foco está especificamente na nutrição.

Chegando no ponto de confluência entre a SAN e o DHAA, há que se fazer uma ressalva. Recapitulações históricas, ainda mais as sintéticas como a apresentada, podem sugerir uma evolução linear e pacífica dos conceitos. No entanto, ao se formular uma nova conceituação, não se substitui uníssona e imediatamente a versão precedente pela conformação concorrente. FLECK (2010) aponta exatamente o contrário, pois os sistemas de opinião gerados numa comunidade são elaborados e fechados, tendem à estabilidade e a rejeitar opiniões divergentes ou inovações. Neste sentido, temos que admitir a coexistência de diferentes conceituações de um mesmo fenômeno. Assim, abordar a SAN no contexto da APS com base na premissa de que a alimentação constitui um direito humano é uma das possibilidades de tratar este fenômeno, mas não é a única (GEORGE,

1978). Políticas de SAN na direção dos direitos humanos enfrentam resistência dos agentes econômicos, que defendem a sua realização pelas forças do mercado (MALUF, 2007). Inclusive, há quem defenda que o conceito se ampliou demasiadamente e incorporou dimensões em excesso, comprometendo a viabilidade de sua aplicação (GIBSON, 2012).

A adoção da noção do DHAA para a abordagem da SAN é uma das formas de interpretar, investigar e atuar nesta temática, ou seja, é um estilo de pensamento. Para FLECK (2010), o estilo de pensamento são os pressupostos, conceitos e opiniões sobre que sustentam a construção do conhecimento. Para o autor, o estilo de pensamento pressupõe a existência de um coletivo de pensamento, que são os cientistas ou comunidade que compartilham o mesmo estilo de pensamento.

Adicionalmente, conforme apresentado, a SAN se conforma dentro do contexto das políticas, ativismo e opinião pública, o que FLECK (2010) designa como círculo exotérico de construção do conhecimento. Por sua vez, a comunidade científica, que produz saberes altamente especializados, constitui o círculo esotérico de produção de saberes (FLECK, 2010). Os cientistas se apropriam da temática da SAN e das suas possíveis conceituações, num “tráfego intercoletivo” do pensamento (FLECK, 2010). Diante desta variabilidade e disputa conceitual em torno da SAN, a compreensão de como este tráfego do exotérico para o esotérico acontece constitui uma lacuna neste campo. Adicionalmente, cabe ainda nesta introdução fazer uma apreciação mais elaborada de como o estilo de pensamento do DHAA se conformou e o que significa olhar para a SAN a partir dos direitos humanos.

1.3. Adoção do Direito Humano à Alimentação Adequada

A abordagem da SAN através do quadro teórico dos direitos humanos pode ser uma estratégia bem-sucedida na promoção da saúde, bem-estar e dignidade (CHILTON e ROSE, 2009). Dentro do arcabouço dos direitos humanos, a alimentação adequada está inter-relacionada, interdependente e indivisível com outros direitos, como à saúde, à vida, à moradia, à educação, ao trabalho, à informação, entre outros (UNITED NATIONS, 2010). Em síntese, a alimentação adequada e a saúde, que são os dois direitos abordados neste estudo, encontram-se dentro de uma estrutura de direitos humanos que reivindica melhores condições de vida para os indivíduos numa lógica não fragmentada. Por mais que se aborde ou se dê destaque a apenas um, os direitos humanos estão intimamente relacionados e quando há violação de um deles, é muito provável que haja direta ou indiretamente a violação de outros (GRUSKIN et al., 2007). Esta perspectiva teórica demanda a incorporação de elementos-chave da responsabilização governamental, participação social, atenção às populações vulneráveis, não discriminação e fortalecimento das conexões entre as políticas e os desfechos de saúde (CHILTON e ROSE, 2009). Assim, este quadro teórico nas políticas de SAN se mostra um caminho promissor para enfrentar situações de IAN, especialmente a fome em suas diferentes faces (VALENTE, 2003).

Parte-se nesta dissertação da ideia de que os direitos humanos são “coisas desejáveis”, “fins a serem perseguidos” e que ainda não foram atingidos em sua totalidade (BOBBIO, 2004). Entende-se também que os direitos humanos não são naturais ou fundamentais por natureza, como defendiam os filósofos jusnaturalistas (BOBBIO, 2004). Ao contrário, são construídos num determinado contexto histórico a partir de demandas que emanam da sociedade (BOBBIO, 2004). Assim, quando surgiram no contexto da Revolução Francesa e de independência dos Estados Unidos da América, as primeiras menções aos direitos humanos estavam voltadas para os direitos

de liberdade, ou seja, aqueles que ocorrem quando o Estado não excede o seu poder (BOBBIO, 2004). Posteriormente, em especial num contexto de precarização das relações trabalho e condições de vida após a Revolução Industrial, emergem os direitos sociais, que demandam justamente o oposto dos anteriores, que seria a atuação ativa do Estado para garanti-los (BOBBIO, 2004). Ainda que estas discussões já estivessem acontecendo desde o século XVIII, os direitos humanos ampliam o seu escopo significativamente após a Segunda Guerra Mundial, culminando na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) (BOBBIO, 2004). Este documento contemplou tanto os direitos civis e políticos, quanto os econômicos, sociais e culturais, embora tenha priorizado os primeiros (BOBBIO, 2004).

Por sua vez, a alimentação foi reconhecida como um direito desde a DUDH (ONU, 1948), que se trata do primeiro acordo político entre os países sobre esta temática. Este documento, apesar de não ter poder vinculante, reconhece que todo homem dispõe de direitos fundamentais, aprovando pela primeira vez um sistema de princípios de conduta humana. A partir deste marco, estes direitos adquirem o caráter de universalidade, na medida que seus destinatários não são somente os cidadãos de um determinado Estado, mas sim todos os seres humanos enquanto cidadãos do mundo (BOBBIO, 2004). Além disso, inaugura o processo de positivar estes direitos, protegê-los e garanti-los (BOBBIO, 2004). Neste documento, a alimentação é incorporada no Artigo 25º, que trata do nível de vida para assegurar a saúde e o bem-estar, e é apresentada como um dos elementos envolvidos para atingir esta condição (ONU, 1948).

A primeira menção ao elemento de adequação ligado ao direito à alimentação só foi feita no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), que também reconhece o direito de estar livre da fome (ONU, 1966). Neste caso, os países que assinaram e ratificaram o documento possuem compromissos de implementar o seu conteúdo (ONU, 1966). Isso inclui a apresentação de relatórios sobre as medidas tomadas progressivamente pela

implementação destes direitos (ONU, 1966), embora a não realização destes direitos não culmine em sanções que extrapolam o nível moral de pressão da opinião pública internacional (BOBBIO, 2004). Destaco que o PIDESC foi elaborado no contexto da Guerra Fria, em que havia uma disputa entre direitos econômicos e sociais (liderado pela União Soviética) e civis e políticos (liderado pelos Estados Unidos da América) (GOSTIN et al., 2018). Este contexto de polarização mundial interferiu no grau de ratificação deste tratado e, consequentemente, a aplicação de seu conteúdo. Com o fim da Guerra Fria, a ratificação deste documento foi ampliada e o DHAA e demais direitos relacionados a ele passaram a ter maior notoriedade (MARCHIONE, 1996).

Em 1999, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das ONU emitiu o *General Comment No. 12: The right to adequate food* (GC 12), que é o principal documento que descreve o conteúdo do DHAA (UNITED NATIONS, 1999). Este documento se trata de uma resposta à Cúpula Mundial da Alimentação, de 1996. Na ocasião, foi solicitado um esclarecimento quanto ao conteúdo do DHAA e do direito de estar livre da fome presentes no PIDESC, pensando principalmente nas ações relativas à sua aplicação e realização (FAO, 1996). Diante da relevância do GC 12, uma descrição do processo de sua elaboração e das instituições que participaram torna-se relevante.

Em dezembro de 1997 foi feita uma reunião do Comitê para discutir o conteúdo do DHAA. Naquele momento, o Comitê era integrado pelos seguintes países: Alemanha; Austrália; Belarus; Espanha; Egito; Equador; Filipinas; França; Jamaica; Jordânia; Maurício; México; Nepal; Nigéria; Panamá; Romênia; Rússia; e Tunísia (UNITED NATIONS, 2017). Estavam presentes também a FAO e ONGs, como a *Foodfirst Information and Action Network* (FIAN) (UNITED NATIONS, 1997). O encontro foi marcado pela divergência em torno da necessidade de existir ou não uma formalização do DHAA: de um lado estava aqueles que defendiam que o arcabouço legal seria necessário para fortalecer a realização da SAN, notadamente os membros da FIAN e o presidente

do Comitê, representante da Austrália; do outro estavam aqueles preocupados com os aspectos econômicos de atribuir responsabilidade de efetivar o DHAA aos Estados, especialmente os menos desenvolvidos, como os representantes da Jordânia, Tunísia e Maurício (UNITED NATIONS, 1997).

No momento da emissão do documento, o Comitê apresentava uma composição similar (Camarões e Nova Zelândia substituíram Austrália e Nigéria; os demais membros se mantiveram). O documento aprovado define que 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” [tradução nossa] (UNITED NATIONS, 1999). O GC 12 detalha ainda que a alimentação adequada incorpora a dimensão de adequação nutricional, estar livre de substâncias adversas, aceitabilidade cultural, disponibilidade, acesso físico e econômico aos alimentos, e sustentabilidade (UNITED NATIONS, 1999). Além disso, destaca que a efetivação deste direito inclui medidas não só no nível da produção e distribuição de alimentos, mas também ações paralelas nos campos da saúde, educação, entre outros (UNITED NATIONS, 1999).

Ademais, o texto apresenta detalhadamente os níveis de obrigações dos Estados-parte pelo DHAA (UNITED NATIONS, 1999). O primeiro nível corresponde à obrigação de respeitar, ou seja, o próprio Estado-parte não deverá tomar medidas ou realizar ações que culminem na violação do DHAA (UNITED NATIONS, 1999). A obrigação de proteger acontece quando o Estado-parte assegura que não aconteçam violações do DHAA por parte de terceiros, como empresas privadas ou indivíduos (UNITED NATIONS, 1999). Por sua vez, a obrigação de efetivar se divide em dois elementos: facilitar e prover (UNITED NATIONS, 1999). O Estado-parte facilita o DHAA quando se empenha em atividades para o fortalecimento do acesso e utilização dos recursos e meios para garantir o modo de vida das pessoas (UNITED NATIONS, 1999). Por fim, quando não for possível

a um indivíduo ou grupo usufruir o seu DHAA, o Estado tem obrigação de prover o direito diretamente (UNITED NATIONS, 1999).

Entender a alimentação na perspectiva dos direitos humanos implica em um reposicionamento da agenda e das políticas de SAN como uma via de efetivação deste direito (ALBUQUERQUE, 2009). Pensar em ações que visam a SAN a partir deste quadro teórico apresenta consequências no que se refere às obrigações do Estado com os direitos humanos, que são mutuamente dependentes (ALBUQUERQUE, 2009). Há que se ponderar que historicamente os direitos humanos têm sido usados costumeiramente em função dos interesses dos Estados capitalistas dominantes (SANTOS, 1997). Por outro lado, este discurso tem o potencial de fortalecer ações emancipadoras, implícita ou explicitamente anticapitalistas, como práticas contra-hegemônicas de direitos humanos (SANTOS, 1997).

1.4. Produção científica sobre práticas de Segurança Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde

A APS é um cenário que amplia as possibilidades de concretização do cuidado na perspectiva de que a saúde é um direito, especialmente para sujeitos excluídos socialmente (CARNEIRO JÚNIOR e SILVEIRA, 2003). Ainda que somente o direito à saúde seja considerado um fundamento para a APS (WHO, 2018), é necessário incorporar as dimensões de indivisibilidade, interdependência e inter-relação existentes entre os direitos humanos (ALBUQUERQUE, 2009). Neste sentido, a efetivação da alimentação adequada como um direito humano está intimamente relacionada com o direito à saúde (VALENTE, 2003). A realização do DHAA depende, entre outros elementos, do estado de saúde das pessoas e da incorporação de cuidados especiais a indivíduos social e biologicamente vulneráveis (VALENTE, 2003). Na contrapartida, a alimentação e a nutrição adequadas fazem parte das condições de vida para

promover saúde, ou seja, são essenciais para a efetivação do direito à saúde (VALENTE, 2003). Em síntese, a realização de um direito não é possível sem a do outro. Assim, as práticas da APS visando interferir na SAN despontam como uma possibilidade de fortalecer tanto o DHAA, como o próprio direito à saúde.

Existe um interesse crescente da comunidade científica acerca das práticas do setor saúde incluindo a temática da SAN. Recentemente, foi publicada uma revisão de escopo sobre a triagem de determinantes sociais da saúde, englobando a SAN, no cuidado clínico (ANDERMANN, 2018). Outra revisão sistemática contempla a SAN ao estudar intervenções a respeito de necessidades econômicas e sociais nos sistemas de cuidado em saúde (GOTTLIEB et al., 2017). Ambas compartilham a mesma limitação metodológica de ter incluído apenas uma base de dados bibliográficos (Medline/Pubmed) para identificação dos estudos pertinentes. Além disso, a temática da SAN, focada na dimensão do acesso aos alimentos, é pouco explorada em meio a outras questões analisadas nas duas pesquisas. Existe ainda uma revisão registrada na plataforma Prospero especificamente sobre estratégias para abordar IAN em cenários de cuidado em saúde, mas ainda não está concluída (MARCHIS et al., 2018). Os autores destas revisões estão preocupados com a descrição e análise das práticas em si, assim como as formas de avaliação, seus desfechos e efetividade. Adicionalmente, vale ressaltar a existência de uma revisão sobre ações de nutrição na APS no Brasil (CANELLA et al., 2013). Neste trabalho, as autoras apontam a ausência de estudos voltados especificamente para a SAN. Isso pode ser um indicativo de que, embora o Brasil seja considerado uma referência no campo da SAN (INSTITUTO INTERNACIONAL DE PESQUISA SOBRE POLÍTICAS ALIMENTARES, 2016), possivelmente os cientistas brasileiros desta área não estejam, de fato, investigando este tema nas práticas da APS.

Em nenhum destes estudos, propostos ou publicados, há uma preocupação com as disputas teóricas e conceituais existentes na produção científica sobre práticas de SAN na APS. Está

pendente descrever quais são os estilos de pensamento coexistentes neste campo. Este tipo de mapeamento fornece uma melhor compreensão do que está sendo produzido e a partir de qual interpretação de SAN está sendo produzido. Para fins de ajuste da escrita, os termos estilos de pensamento, bases teóricas e teorizações serão usados alternadamente com o mesmo significado. Além disso, seguindo o modelo de redação fleckiano (FLECK, 2010), como membro do estilo de pensamento do DHAA, considero necessário ainda avaliar o grau de permeabilidade da noção da alimentação enquanto um direito humano nesta produção científica. O quadro teórico dos direitos humanos apresenta um caráter prático, de aplicação no cotidiano, amplia as possibilidades de visibilizar populações excluídas e fornecer o arcabouço para a exigibilidade de condições dignas de vida (TELLES, 1999). Neste sentido, é razoável esperar que o estilo de pensamento do DHAA tenha alguma proeminência dentro desta comunidade.

Além disso, FLECK (2010) aponta a retroalimentação existente entre a opinião pública e o conhecimento científico. Para o autor, existe um ciclo em que o cientista é influenciado pelos saberes populares, ao mesmo tempo em que estes saberes populares são informados pelos saberes científicos (FLECK, 2010). Neste sentido, considero necessário também fornecer mais elementos para a aplicação do quadro dos direitos humanos para os que estão no plano da execução, ou seja, a opinião pública. Assim, apresento um esboço propositivo na esfera do que fazer e como fazer para o fortalecer o DHAA a partir das práticas de SAN da APS.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Compreender as práticas de SAN na APS na ótica do DHAA.

2.2. Objetivos específicos

- Formular alternativas para realização do DHAA através da APS.
- Mapear os estilos de pensamento e seus coletivos presentes na produção científica sobre práticas de SAN na APS.
- Descrever como o arcabouço de DHAA está incorporado na produção científica sobre práticas de SAN na APS.

3. MÉTODOS

Os métodos para atingir os objetivos deste trabalho se dividem em duas partes. Primeiramente, para a formulação de alternativas para realização do DHAA através da APS foi feito um ensaio. Além disso, para o mapeamento dos estilos de pensamento e seus coletivos e descrição da incorporação do arcabouço de DHAA na produção científica sobre práticas de SAN na APS foi conduzida uma revisão de escopo.

3.1. Ensaio

Um ensaio foi elaborado para contribuir com as práticas de SAN na APS que podem fortalecer o DHAA. Para sustentar tal reflexão, recorreu-se aos documentos da ONU, notadamente o GC 12 (UNITED NATIONS, 1999) e o *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health* (UNITED NATIONS, 2000). Também nos embasamos à artigos científicos em torno da temática. Este ensaio se fundamenta na relação entre alimentação e saúde enquanto direitos humanos. Iniciou-se com a apresentação de elementos da realização do direito à saúde, seguida das obrigações dos Estados com o DHAA. Finalmente, foi organizado um apanhado de estratégias possíveis de como cada uma dessas obrigações pode ser realizada na APS, considerando os elementos do direito à saúde.

3.2. Revisão de escopo

Dentre os diversos tipos de revisões de literatura, a revisão de escopo consiste em uma forma de mapear a literatura relevante sobre um determinado tópico, sistematizar os achados existentes numa área, identificar lacunas no conhecimento científico, esclarecer conceitos complexos e refinar questões de pesquisas subsequentes (ARKSEY e O'MALLEY, 2005). Nota-

se que foi feita uma busca detalhada na base de dados *PROSPERO*, no *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, assim como em todas as bases incluídas nesta revisão e, até o presente momento, nenhum outro trabalho foi executado ou proposto com este recorte. A estrutura metodológica incluiu i) identificação da pergunta de pesquisa; ii) identificação dos estudos relevantes; iii) seleção dos estudos; iv) extração dos dados; e v) conexão, síntese e relato dos resultados (ARKSEY e O'MALLEY, 2005). As perguntas da presente revisão foram:

- Quais são as bases teóricas da produção científicas sobre práticas de SAN na APS?
- Como a produção científica está permeável à noção de alimentação adequada como direito humano?

A etapa de identificação dos estudos foi feita em três fases, seguindo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (PETERS et al., 2017). A primeira etapa foi o refinamento dos termos de busca nas bases *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MedLine/PubMed) e *Food Science and Technology Abstracts* (FSTA) a partir da combinação dos termos “food security” e “primary health care”. Após leitura dos títulos, resumos e palavras-chave dos registros encontrados, selecionaram-se os termos utilizados pelos autores da área. Adicionalmente, a equipe de revisores elegeu outros termos potenciais para recuperar trabalhos adicionais sobre o tópico (Olhar Material Suplemnetar do Artigo 1).

No segundo momento, foi feita a busca com os termos gerados na etapa anterior em todas as 14 bases de dados selecionadas para inclusão. Esta etapa foi realizada em 3 de julho de 2018. As bases de dados incluídas foram: Applied Social Sciences Index & Abstracts (ASSIA); CINAHL with Full Text; Education Resources Information Center (ERIC); EMBASE; Food Science and Technology Abstracts (FSTA); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline/PubMed); OAIster;

OpenGrey; Physical Education Index; Scopus; Social Care Online; Sociological Abstracts; Web of Science.

Por fim, a terceira etapa para identificar os estudos relevantes foi através da lista de referências dos trabalhos selecionados para inclusão.

Estes registros recuperados nas bases seguiram para a etapa de seleção. A equipe de revisores foi organizada de forma que toda a etapa de seleção das publicações foi realizada por dois revisores de forma independente. Os dados foram confrontados e divergências foram solucionadas através de discussão entre os revisores ou de um terceiro revisor. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Abordar pelo menos uma prática de SAN, ou seja, alguma ação para identificação das situações de IAN ou para promoção da SAN, desde que utilizassem claramente estes termos ou derivações;
- Incluir a APS como contexto para a prática de SAN. Não foram incluídos trabalhos em que a APS consistiu apenas no local de coleta de dados por conveniência, já que estes estudos não contribuem com a revisão;
- Estar no formato de estudo original quantitativo, qualitativo ou misto, relato de caso, relato de experiência, ensaio ou comentário;
- Estar publicado no formato de artigo, tese, dissertação ou resumos/trabalho de eventos científicos. Para contemplar estas diferentes configurações, estamos adotando o termo publicações para designar estes textos;
- Estar publicados inteiramente nos idiomas português, espanhol ou inglês;
- Estar disponível na íntegra online pelo acervo da USP, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) ou gratuitamente.

Os estudos selecionados seguiram para a etapa de extração dos dados, que foi feita por apenas uma revisora. Os dados extraídos foram: ano de publicação, autoria (tipo de instituição de afiliação dos autores e país(es) onde a instituição de localiza); população (características para descrever os sujeitos estudados e perfil da população atendida no serviço de APS em questão); base teórica para abordar a SAN; conceituação de SAN apresentada pelos autores; fonte da conceituação de SAN; e presença de elementos que caracterizam o DHAA.

A categoria “base teórica para abordar a SAN” consistiu na localização de excertos onde os autores justificaram a abordagem da SAN no contexto da APS, ou seja, como argumentaram em torno desta temática e a promoveram enquanto um problema de relevância. Foram extraídos os trechos integralmente para que a análise do material fosse feita apenas na etapa seguinte, que é a síntese dos dados.

Para a extração dos elementos do DHAA, utilizamos o conteúdo normativo do GC 12. As publicações foram analisadas segundo a presença dos seguintes elementos do DHAA, de acordo com o documento: adequação das necessidades dietéticas; disponibilidade de alimentos; acessibilidade econômica; acessibilidade física; sustentabilidade no acesso; estar livre de substâncias adversas; e aceitabilidade cultural (UNITED NATIONS, 1999). A presença destes elementos foi examinada no decorrer das publicações, excluindo-se o excerto de definição da SAN, visto que este foi analisado separadamente.

A última etapa foi a sumarização dos dados, também executada por apenas uma revisora. Foi feita a síntese numérica dos dados de ano de publicação. Para sintetizar os dados sobre as bases teóricas para abordar a SAN na APS nos sustentamos na noção de estilo de pensamento de FLECK (2010). Dentro de cada estilo de pensamento identificado, os dados de autoria foram conjugados para caracterizar respectivo coletivo de pensamento. As conceituações de SA foram

pormenorizadas segundo o ponto central da definição e os elementos utilizados para qualificar o conceito. Os dados sobre a população dos estudos foram sistematizados e apresentados narrativamente por estilo de pensamento. Já os elementos do DHAA identificados no decorrer dos textos foram contabilizados e apresentados numericamente.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa dissertação é composta por dois artigos, sendo uma revisão de escopo e um artigo de opinião, a saber:

Artigo 1: Ensaio

Situação: publicado

Botelho FC, França Junior I. Como a atenção primária à saúde pode fortalecer a alimentação adequada enquanto direito na América Latina?. Revista Panamericana de Salud Pública. 2018;42:159. doi.org/10.26633/RPSP.2018.159.

Artigo 2: Revisão de escopo

Situação: em preparação para submissão

Botelho FC, Guerra LDSG, Rodrigues SF, Tonacio LV e França Junior I. Estilos e coletivos de pensamento na produção científica sobre Práticas de Segurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde: há direitos humanos?. 2019.

4.1. Artigo 1: Como a atenção primária à saúde pode fortalecer a alimentação adequada enquanto direito na América Latina?

Autores: Botelho FC, França Junior I.

Artigo de opinião publicado.

Revista Panamericana de Salud Pública. 2018;42:159.

DOI: 10.26633/RPSP.2018.159.

Como a atenção primária à saúde pode fortalecer a alimentação adequada enquanto direito na América Latina?

Fernanda Cangussu Botelho e Ivan França Junior¹

Como citar Botelho FC, França Junior I. Como a atenção primária à saúde pode fortalecer a alimentação adequada enquanto direito na América Latina? Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e159. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.159>

RESUMO

Há 40 anos, a Declaração de Alma-Ata reforçou a saúde como direito humano, apresentou a atenção primária à saúde (APS) como caminho para atingir um grau de saúde aceitável para todos e incorporou a questão alimentar e nutricional como parte integrante dos cuidados primários em saúde. O direito humano à alimentação adequada (DHAA) está intimamente relacionado com o direito à saúde, pois é requisito para a existência de condições de vida digna para promover a saúde. As particularidades históricas e a posição político-econômica da América Latina representam barreiras para a realização plena dos direitos humanos, e especialmente dos direitos sociais. Nesse sentido, o objetivo deste artigo é explorar os modos pelos quais os serviços de APS podem alavancar o DHAA na América Latina. Adicionalmente, são apresentadas medidas que exemplificam como os países podem fortalecer o DHAA a partir da APS. Finalmente, o texto se propõe a resgatar o potencial emancipatório da APS na América Latina vislumbrando sua atuação na realização de direitos humanos para além do direito à saúde. O panorama apresentado demonstra a capacidade de resposta da APS no sentido de efetivar direitos humanos interdependentes da saúde no contexto latino-americano.

¹ Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, São Paulo (SP), Brasil. Correspondência: Fernanda Cangussu Botelho, fer.cangussu@gmail.com

Palavras-chave Atenção primária à saúde; segurança alimentar e nutricional; direitos humanos.

Nos países latino-americanos, as reformas nos sistemas de saúde, a partir da década de 1990, foram fortemente influenciadas pela Declaração de Alma-Ata (1). Esse documento reforçou a saúde como um direito humano fundamental e apontou a atenção primária à saúde (APS) como caminho para atingir um grau de saúde aceitável para todos, com base na justiça social (2). Seguiu-se, na América Latina, o desafio de implementar modelos de APS sustentados por direitos humanos, participação social, empoderamento comunitário e articulação intersetorial (1).

O direito humano à alimentação adequada (DHAA) e o direito à saúde estão intimamente relacionados, já que constituem condições básicas para o bem-estar e a dignidade humana (3). Além disso, a violação do primeiro pode acarretar consequências ao bem-estar social e mental e o comprometimento do estado nutricional (4). Sendo assim, a Declaração de Alma-Ata incorporou a alimentação e a nutrição como elementos integrantes dos cuidados primários em saúde (2). Abordar a alimentação e a saúde como direitos é uma estratégia que tem se mostrado bem-sucedida na promoção da saúde, envolvendo a responsabilidade dos governos pelo monitoramento e efetivação desses direitos, participação social, priorização dos vulneráveis e não discriminação (3).

Pensar sobre o potencial da APS na garantia dos direitos à alimentação e saúde na América Latina implica sublinhar algumas especificidades. Diversos países latino-americanos passaram por ditaduras no período de 1960 a 1980, o que produziu entraves ao desenvolvimento dos sistemas de saúde na região (1). Nesses países, a implementação da APS coincidiu com os movimentos de redemocratização, que abriram espaço para o fortalecimento dos direitos e da participação social na saúde pública (1).

Além das semelhanças históricas e das desigualdades sociais que marcam a região, outro denominador comum na América Latina é a posição histórica de dependência e subordinação aos centros econômicos. Mesmo com governos democráticos, essa mediação política que prioriza as orientações macroeconômicas dos países hegemônicos compromete a garantia dos direitos humanos na América Latina, inclusive do DHAA e do direito à saúde (5).

Partindo da relação entre esses dois direitos humanos, o objetivo da presente reflexão é explorar as possibilidades de atuação da APS para concretizar o DHAA. Pretendeu-se, ainda, propor um panorama do que pode ser feito, mas não necessariamente do que deveria estar sendo feito, já que este artigo pretende ser instigador e não prescritivo.

RESGATE DO PERCURSO EM DIREÇÃO AO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

A alimentação foi reconhecida como direito na Declaração Universal dos Direitos Humanos (6). Nesse documento, a alimentação é apresentada como um dos elementos para atingir a saúde e o bem-estar. O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) também reconhece o direito de estar livre da fome (7). A maioria dos países latino-americanos ratificou o PIDESC – sendo que a ratificação significa compromisso legal de efetivar esses direitos. Vale notar que Cuba apenas assinou, sem ratificar, esse documento.

Ao ratificar o PIDESC, os Estados-parte devem enviar relatórios periódicos ao Conselho Econômico e Social (CES), um dos seis órgãos principais da Organização das Nações Unidas (ONU), sobre as medidas tomadas para sua efetivação. O CES, através do seu Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (composto por 18 auditores independentes), publica uma “lista de questões”, que é respondida pelos Estados-parte. Para finalizar o ciclo, o CES publica suas conclusões sobre as questões.

Além disso, de forma mais elucidativa, a ONU produziu um comentário que detalha as obrigações dos Estados-parte em relação ao DHAA (8). A primeira obrigação é a de respeitar esse direito, ou seja: o próprio Estado-parte não deverá violar o DHAA. A obrigação de proteger envolve a garantia, pelo Estado-parte, de que terceiros, como empresas privadas ou indivíduos, não violem o DHAA. Já a obrigação de efetivar se divide em facilitar e prover: o Estado-parte facilita o DHAA quando fortalece o acesso e a utilização dos recursos e dos meios para garantir o modo de vida das pessoas; quando não houver outra possibilidade, o Estado precisa prover o DHAA diretamente.

CARACTERIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

O direito à saúde também está presente tanto na Declaração Universal dos Direitos Humanos (6) quanto no PIDESC, que reconhece o “direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental” (7, Art. 12).

No Comentário Geral nº 14, elaborado pela ONU, esse direito é descrito como contemplando aspectos biológicos individuais, condições socioeconômicas e recursos disponíveis em cada Estado-parte (9). O direito à saúde é abordado como direito de usufruir das instituições, bens, serviços e condições necessários para sua realização. São apresentados quatro

elementos essenciais e inter-relacionados para sua concretização: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade.

A disponibilidade se concretiza quando os serviços de saúde pública e de cuidado em saúde, programas e bens de saúde, existem em quantidade suficiente dentro do Estado-parte. O item acessibilidade, por sua vez, apresenta quatro dimensões. A primeira se refere à não discriminação de qualquer natureza no acesso aos recursos existentes. A segunda é a acessibilidade física, especialmente para vulneráveis e marginalizados. A terceira é a acessibilidade econômica, ou seja, quando exigido, o pagamento pelos serviços de saúde deve ser viável para todos. A quarta dimensão trata do direito ao acesso a informações de saúde. O elemento de aceitabilidade se concretiza quando os serviços de saúde são ética e culturalmente apropriados. Isso inclui respeito e atenção especial a grupos minoritários, necessidades dos cidadãos nos diferentes ciclos de vida e sensibilidade às questões de gênero. Finalmente, a qualidade também implica serviços de saúde culturalmente apropriados e embasados cientificamente, além da disponibilidade de profissionais de saúde qualificados e dos equipamentos necessários ao cuidado (9).

POSSIBILIDADES DE ABORDAGEM DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Conforme a Declaração de Alma-Ata, a APS constitui o primeiro nível de contato do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema de saúde. Deve viabilizar cuidados baseados em métodos e tecnologias práticas, respaldados cientificamente e socialmente aceitáveis para garantir a promoção da saúde e a prevenção e controle de doenças (2).

No entanto, a implementação da APS não é uníssona, estando permeada por particularidades locais. Na América do Sul, por exemplo, predominam dois modelos de organização da APS: um caracterizado pela fragmentação e orientação do mercado e outro com domínio de intervenções públicas e territorialização (10). Levando em conta a posição da APS nos sistemas de saúde e os princípios propostos na Declaração de Alma-Ata, segue-se uma reflexão sobre como a APS pode respeitar, proteger e efetivar o DHAA. Algumas medidas práticas que exemplificam modos de concretizar o DHAA foram sumarizadas na figura 1.

Obrigação de respeitar

A obrigação do Estado-parte de respeitar o DHAA permeia todas as suas esferas, inclusive a APS. Pensando em disponibilidade, se não existem serviços de saúde para atender as demandas relacionadas à alimentação – por exemplo, orientações sobre qualidade dos alimentos, efeitos dos alimentos na saúde e as melhores formas de prepará-los – em quantidade compatível com as

FIGURA 1. Síntese de medidas para fortalecer o direito humano à alimentação adequada na atenção primária à saúde

PRESSUPOSTOS (transversais ao respeito, proteção e efetivação) <ul style="list-style-type: none"> • Criar arcabouço legal para o reconhecimento do direito humano à alimentação adequada e do direito à saúde (priorizando inclusão na Constituição). • Estabelecer políticas e planos de ação para efetivar o direito humano à alimentação adequada e o direito à saúde. • Criar garantias orçamentárias para implementação das políticas e planos de ação. 		
RESPEITAR <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar oferta de serviços de APS com capacidade de atender demandas de alimentação e nutrição. • Priorizar a disponibilidade e o acesso de serviços de APS para populações vulneráveis. • Eliminar taxas de pagamento por serviço na APS. • Implementar programas e ações com embasamento científico. • Garantir acesso de todos os grupos a esses programas e ações. • Capacitar os profissionais de saúde atuantes e formar novos profissionais de saúde com base no respeito a práticas, normas e valores culturais, religiosos e éticos ligados à alimentação. • Alocar recursos para ampliar a disponibilidade e acesso aos serviços de APS e para a capacitar e formar profissionais visando o respeito ao direito humano à alimentação adequada. 	PROTEGER <ul style="list-style-type: none"> • Criar/fortalecer sistemas de vigilância alimentar e nutricional. • Incluir instrumentos de avaliação da insegurança alimentar que monitorem o acesso, a disponibilidade, a qualidade e a aceitabilidade dos alimentos. • Priorizar mecanismos de identificação de violações do direito humano à alimentação adequada em populações vulneráveis. • Promover articulação intersetorial, notadamente com a assistência social. • Criar/fortalecer organismos de defesa dos direitos dos cidadãos. • Estabelecer parcerias com setores da sociedade civil atuantes na defesa dos direitos humanos. • Criar mecanismos de exigibilidade do direito humano à alimentação adequada. • Destinar tempo de trabalho dos profissionais de saúde para ações de vigilância alimentar e nutricional e demais de identificação de violações do direito humano à alimentação adequada. • Capacitar os profissionais de saúde atuantes e formar novos profissionais de saúde para identificar situações de violação do direito humano à alimentação adequada. • Alocar recursos para capacitação e formação profissional visando a proteção do direito humano à alimentação adequada. 	EFETIVAR <ul style="list-style-type: none"> • Priorizar abordagens educativas críticas e emancipatórias na abordagem da alimentação. • Incluir discussões sobre questões sociais, pobreza e direitos na abordagem dos problemas alimentares. • Criar estratégias para superar barreiras culturais, sociais e linguísticas entre profissionais de saúde e usuários. • Promover ações voltadas para o diálogo entre profissionais de saúde e usuários. • Dispor de espaços físicos e condições materiais para realização de ações educativas. • Disponibilizar materiais educativos para os serviços de APS. • Destinar tempo de trabalho dos profissionais de saúde para o planejamento de ações educativas. • Inserir profissionais qualificados para abordar a alimentação nos serviços de APS, como nutricionistas. • Capacitar os profissionais de saúde atuantes e formar novos profissionais de saúde para promover o direito humano à alimentação adequada. • Alocar recursos para implementação de ações educativas e para a capacitação e formação profissional visando à efetivação do direito humano à alimentação adequada.

necessidades da população, há desrespeito ao DHAA. Os países latino-americanos avançaram de forma distinta na questão da suficiência de serviços. Para a ONU, ainda restam problemas importantes nesse quesito, por exemplo, no México, Colômbia, Peru, Equador e Guatemala, sendo sugerida a alocação de recursos com prioridade para populações vulneráveis. Esta informação consta nas conclusões dos relatórios periódicos mais recentes emitidos pelo CES para cada um desses países: México (2018); Colômbia (2017); Peru (2012); Equador (2012); e Guatemala (2014) (11).

A mera existência de serviços de saúde não garante a presença de acessibilidade em todas as dimensões. Destaca-se o componente econômico, uma vez que, na visão dos usuários, o pagamento de taxas na APS resulta em menor uso dos serviços e no comprometimento da segurança alimentar, da estabilidade financeira e da atuação feminina na tomada de decisões em saúde (12), ou seja, uma miríade de violações de direitos humanos.

Os países sul-americanos que adotaram métodos de cobertura em saúde que não dependem de pagamento

estão mais próximos da abordagem abrangente proposta pela Declaração de Alma-Ata, considerando elementos como a concepção de APS, o modo de organização dos serviços, a articulação intersetorial e a participação social (10). O Chile, por exemplo, desde a década de 1990, ampliou o investimento público na APS, visando a eliminar taxas para os beneficiários do Fundo Nacional de Saúde (1). Adicionalmente, o reconhecimento legal do direito à saúde tem se mostrado uma etapa importante para avançar na cobertura de saúde na América Latina (1).

Quanto à aceitabilidade, os serviços de APS respeitam o DHAA quando não infringem práticas, normas e valores culturais, religiosos e éticos ligados à alimentação. Isso pode parecer óbvio e deve estar dentro dos códigos de conduta dos profissionais de saúde. No entanto, no manejo da desnutrição infantil em Buenos Aires, por exemplo, há relatos de imposição da visão biomédica por profissionais de saúde, desconsiderando as concepções culturais das mães sobre a doença e forçando condutas (13). Assim, permanece o desafio de banir práticas que desrespeitam os direitos

humanos, e ainda mais de fortalecer o potencial emancipatório e empoderador da APS.

No tocante à qualidade, destaca-se a dimensão de respaldo científico. Em 2005, o Brasil iniciou um programa de suplementação de ferro para gestantes via APS com base em evidências científicas e recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). No entanto, a sua implementação enfrentou impasses em nível local por baixa cobertura e distribuição desigual de suplementos entre as mulheres (14). Quando o serviço de saúde não promove um cuidado pautado em evidências científicas para todos, há desrespeito do DHAA por baixa qualidade. O mesmo acontece quando o serviço realiza práticas já reportadas cientificamente como inapropriadas, por exemplo, ao orientar introdução de alimentação complementar em crianças menores que 6 meses através de chás e sucos.

Obrigação de proteger

A APS tem grande potencial para proteger o DHAA, principalmente na identificação de violações desse direito por terceiros. A matéria-prima da APS nesse caso está na geração de informações dentro do território.

Considerando a acessibilidade e a disponibilidade, a APS protege o DHAA quando dispõe de mecanismos para detectar situações de insegurança alimentar e os utiliza sem discriminação. Da mesma forma que a APS pode monitorar, via vigilância em saúde, doenças infecciosas ou a violência contra crianças e adolescentes, por exemplo, pode monitorar o estado de efetivação do DHAA, via vigilância alimentar e nutricional. Desde 1977, Cuba, por exemplo, possui um sistema de vigilância nutricional para gerar informações sobre o estado nutricional e o acesso à alimentação adequada pela população (15).

A APS também pode atuar na identificação de situações de negligência alimentar em ambientes institucionais (por exemplo, creches, escolas e instituições de longa permanência) e na família. Ressalta-se também que as ferramentas de identificação de insegurança alimentar revelam diferentes faces de violações do DHAA. Portanto, instrumentos como escalas psicométricas de avaliação da insegurança alimentar, como a *US Household Food Security Survey Measure* e suas derivadas, são mais interessantes do que somente o diagnóstico de desfechos biológicos, como a desnutrição (4).

A fome apresenta um caráter vexatório para aqueles que a vivenciam. Nesse sentido, o elemento de aceitabilidade inclui a confidencialidade ao reportar informações sobre violações do DHAA no território às autoridades competentes. A atuação diante desses casos demanda articulação intersetorial, notadamente com a assistência social, para recorrer a programas existentes, como os de transferência de renda. Persistindo as violações, é possível acionar instituições de defesa dos direitos dos cidadãos, como o Ministério Público, especialmente nos países com arcabouço legal para o DHAA. Nos países com legislações menos avançadas, as parcerias com organizações de defesa do

DHAA (por exemplo, *Food Information and Action Network*, ou *FIAN International*, <https://www.fian.org/>) são um caminho.

Para que a proteção do DHAA seja factível, destaca-se a importância de recursos humanos qualificados e condições estruturais na APS, que são componentes da qualidade dos serviços. Na perspectiva dos médicos da APS, é necessário treinamento para abordar a segurança alimentar, tanto em aspectos técnicos, quanto para não gerar constrangimentos aos usuários (16). A destinação de tempo de trabalho para a execução dessas tarefas é imprescindível para que não se tornem mais uma atribuição impraticável na rotina de trabalho.

Obrigação de efetivar

Dentro das duas ações que compõem a efetivação do DHAA, a APS é mais um espaço para facilitação do que para o provimento, embora historicamente tenha sediado experiências de distribuição de alimentos na América Latina. A efetivação de um direito depende de muitas esferas, incluindo os respaldos legislativo, administrativo e financeiro. Cabe à APS a promoção desse direito, fortalecendo as condições para que ele se realize, principalmente através do conhecimento sobre o tema.

Ações educativas na APS são centrais para a facilitação do DHAA. Em especial, a educação alimentar e nutricional pode sensibilizar os usuários quanto à alimentação como direito e quanto à problematização da pobreza, da fome, do consumo de alimentos de baixa qualidade e das desigualdades sociais e econômicas geradoras dessas condições. Contudo, essa educação deve contemplar o diálogo entre profissionais e usuários e visar à autonomia do sujeito (17).

No que se refere a disponibilidade e acessibilidade, a APS facilita o DHAA quando realiza ações de promoção da alimentação adequada na perspectiva dos direitos humanos, dentro da unidade de saúde e em equipamentos do território acessíveis, sem qualquer tipo de discriminação. As hortas nos serviços de APS, por exemplo, reforçam a ação comunitária, promovem habilidades e resgatam práticas e hábitos tradicionais (18), ou seja, desfechos que coadunam com o DHAA.

Para a aceitabilidade, as ações devem valorizar a cultura e as preferências alimentares dos usuários e pautar-se por princípios éticos. De forma geral, diferenças culturais e religiosas relacionadas à alimentação podem ser barreiras para o enfrentamento de questões alimentares. O quadro teórico proposto por Santos (19) pode auxiliar ações de facilitação do DHAA na APS. O autor propõe uma concepção multicultural de direitos humanos, partindo do reconhecimento da incompletude de todas as culturas para, assim, manter um diálogo intercultural, evitando a imposição de uma cultura sobre a outra (19). O caso dos imigrantes bolivianos no município de São Paulo é um exemplo. Cursos de espanhol e sobre cultura boliviana para os profissionais de saúde brasileiros e contratação de agentes comunitários de saúde (ACS) bolivianos foram

propostas que procuraram aproximar os imigrantes dos serviços de APS (20).

Promover a alimentação adequada na perspectiva dos direitos humanos pode ser uma tarefa difícil. A inserção de profissionais de saúde qualificados, a educação permanente, as condições dignas de trabalho e o provimento adequado de materiais promovem a qualidade das ações de facilitação do DHAA. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Brasil são um exemplo de estratégia para ampliar o escopo e a resolutividade da APS, inserindo profissionais, inclusive nutricionistas, além da equipe mínima. O nutricionista era o terceiro profissional mais presente nas equipes de NASF 3 anos após a proposição do programa (21), aumentando as oportunidades de facilitação do DHAA na APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta apresentação oferece uma reflexão sobre como ampliar a capacidade de resposta da APS frente aos problemas alimentares vivenciados pela população latino-americana. A APS não é apenas um cenário de identificação de violações do DHAA, é também um espaço de atuação em prol da efetivação de direitos humanos para além do direito à saúde, visando à superação das desigualdades. As medidas apresentadas na figura 1 não esgotam todas as possibilidades para

essa atuação, mas subsidiam reflexões a serem feitas em cada país considerando a conformação da APS localmente. Ainda que se direcionem mais aos formuladores de políticas, podem ser usadas como instrumento para o ativismo pelo tema, já que direitos são conquistados a partir de participação e engajamento social.

A presente reflexão, 40 anos após a Declaração de Alma-Ata, chama a APS para repensar as práticas de saúde na perspectiva dos direitos humanos, resgatando o potencial emancipatório da APS na América Latina. A APS não pode, sozinha, solucionar os problemas da região, mas sua atuação pode ser ampliada para promover condições de vida digna e, consequentemente, saúde plena para a população.

Agradecimentos. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por concessão de bolsa de mestrado à primeira autora e bolsa de produtividade em pesquisa ao segundo autor.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Declaração. As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da RPSP/ PAJPH ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

- Atun R, Andrade LOM, Almeida G, Cotlear D, Dmytrachenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015;385:1230–47.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma-Ata; 1987. Disponível em: www.who.int/publications/alma-ata_declaration_en.pdf?ua=1&ua=1 Acessado em agosto de 2018.
- Chilton M, Rose D. A rights-based approach to food insecurity in the United States. *Am J Public Health*. 2009;99(7):1203–11.
- Kepple AW, Segall-Corrêa AM. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(1):187–99.
- Netto JP. Democracia e direitos humanos na América Latina: aportes necessários ao debate. Em: Freire SM. Direitos humanos e questão social na América Latina. Rio de Janeiro: Gramma; 2009. Pp. 3–12.
- United Nations. Universal Declaration of Human Rights. Paris: United Nations General Assembly; 1948. Disponível em: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/> Acessado em agosto de 2018.
- Brasil. Decreto 591/1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm Acessado em agosto de 2018.
- United Nations, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR/UN). General Comment no 12: the right to adequate food. Genebra: United Nations; 1999. Disponível em: <http://www.refworld.org/pdfid/4538838c11.pdf> Acessado em agosto de 2018.
- United Nations, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR/UN). General Comment no 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health. Genebra; United Nations; 2000. Disponível em: <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> Acessado em agosto de 2018.
- Ramírez NA, Giovannella L, Romero RV, Silvad HT, Almeida PT, Ríos G, et al. Mapping primary health care renewal in South America. *J Fam Pract*. 2016;33(3):261–7.
- United Nations. Office of the High Commissioner for Human Rights. Concluding observations. Disponível em: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=5 Acessado em agosto de 2018.
- Johnson A, Goss A, Beckerman J, Castro A. Hidden costs: The direct and indirect impact of user fees on access to malaria treatment and primary care in Mali. *Soc Sci Med*. 2012;75:1786–92.
- Herkovitz D. Las fronteras de la medicalización: tensiones en torno a la identificación y valoración de la desnutrición infantil en un centro de atención primaria de la ciudad de Buenos Aires. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(9):2543–51.
- Linhares AO, Linhares RdaS, Cesar JA. Iniquidade na suplementação de sulfato ferroso entre gestantes no sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20:650–60.
- Rodríguez SO; García AMN. Estado de la nutrición materno-infantil en la provincia de Camagüey. *Rev Cubana Aliment Nutr*. 2013;23(2):284–96.
- Palakshappa D, Vasan A, Khan S, Seifu L, Feudtner C, Fiks AG. Clinicians' perceptions of screening for food insecurity in suburban pediatric practice. *Pediatrics*. 2017;140(1):1–9.

17. Santos LAS. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(2):453–62.
18. Costa CGA, Garcia MT, Ribeiro SM, Salandini MFS, Bógus CM. Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em Unidades Básicas de Saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(10):3099–110.
19. Santos BS. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. *Rev Crit Cienc Sociais*. 1997;48:11–32.
20. Martes ACB, Faleiros SM. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saude Soc*. 2013;22:351–64.
21. Patrocínio SSDSM, Machado CV, Fausto MCR. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. *Saude Debate*. 2015;39:105–19.

Manuscrito recebido em 14 de janeiro de 2018.
Aceito em versão revisada em 7 de agosto de 2018.

ABSTRACT

Can primary health care strengthen the right to adequate food as a human right in Latin America?

Forty years ago, the Declaration of Alma-Ata emphasized health as a human right, introduced primary health care (PHC) as a strategy to attain an acceptable level of health for all, and included the issue of food and nutrition as an integral part of PHC. The right to adequate food (RAF) is closely related to the right to health, since it is essential to ensure dignified living conditions that promote health. The historical peculiarities and the political and economic position of Latin America constitute barriers for the full realization of human rights, and especially social rights. In this sense, the present article aims to explore the modes by which PHC services can leverage the RAF in Latin America. In addition, the article describes measures that exemplify how countries can strengthen RAF through PHC. Finally, the text seeks to recover the emancipatory potential of PHC through a vision of human rights enforcement beyond the right to health. The overview shows that PHC has the capacity to fulfill human rights that are interdependent on health in the Latin American context.

Keywords

Primary health care; food and nutrition security; human rights.

RESUMEN

¿Cómo la atención primaria de salud puede fortalecer la alimentación adecuada como derecho en América Latina?

Hace 40 años, la Declaración de Alma-Ata reforzó la salud como derecho humano, presentó la atención primaria de salud (APS) como camino para alcanzar un grado de salud aceptable para todos e incorporó la alimentación y nutrición como parte de los cuidados primarios en salud. El derecho humano a la alimentación adecuada (DHAA) está íntimamente relacionado con el derecho a la salud, pues es un requisito indispensable para la existencia de condiciones dignas para promover la salud. Las particularidades históricas y la posición político-económica de América Latina representan barreras para la promoción plena de los derechos humanos, y especialmente de los derechos sociales. En este sentido, el objetivo de este artículo es explorar la manera como los servicios de APS pueden impulsar el DHAA en América Latina. Adicionalmente, se presentan medidas que ejemplifican cómo los países pueden fortalecer el DHAA a partir de la APS. Finalmente, el texto se propone rescatar el potencial emancipatorio de la APS en América Latina vislumbrando su actuación en la promoción de derechos humanos más allá del derecho a la salud. El panorama presentado demuestra la capacidad de respuesta de la APS para hacer efectivos los derechos humanos interdependientes de la salud en el contexto latinoamericano.

Palabras clave

Atención primaria de salud; seguridad alimentaria y nutricional; derechos humanos.

4.2. Artigo 2: Estilos e coletivos de pensamento na produção científica sobre Práticas de Segurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde: há direitos humanos?

Autores: Botelho FC, Guerra LDSG, Rodrigues SF, Tonacio LV e França Junior I.

Artigo em fase de preparação para submissão.

Estilos e coletivos de pensamento na produção científica sobre Práticas de Segurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde: há direitos humanos?

Resumo

Dentro do setor saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui um espaço potencial para abordar a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), tanto para sua identificação como para promoção da SAN. Adicionalmente, existe uma disputa conceitual em torno da SAN, sendo que seu significado muda conforme os interesses de quem se apropria dela. A adoção da noção do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) para a abordagem da SAN é uma das formas de interpretar, investigar e atuar nesta temática, mas não é a única. Os objetivos do presente estudo foram mapear as teorias que sustentam a produção científica sobre práticas de SAN na APS e descrever como o quadro teórico dos direitos humanos está incorporado nestas publicações. Realizamos uma revisão de escopo, incluindo 14 bases de dados para identificação dos estudos. A extração de dados das publicações selecionadas contemplou a base teórica para abordar a SAN, as conceituações de SAN apresentadas pelos autores e a incorporação da noção de alimentação adequada como um direito a partir do “Comentário Geral No. 12. O direito à alimentação adequada” da Organização das Nações Unidas. Foram incluídas 56 publicações que abordam práticas com intencionalidade de identificar e/ou promover a SAN no contexto da APS. A produção científica sobre práticas de SAN na APS está ancorada em três estilos de pensamento: Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) como risco para saúde; SAN como determinante social da saúde; e SAN como direito humano. O quadro teórico dos direitos humanos apresenta pouca permeabilidade nesta literatura. A produção científica incorpora pouco os elementos do DHAA, notadamente o estilo de pensamento da IAN como risco para a saúde e da SAN como determinante social da saúde.

Há maior homogeneidade e complexidade conceitual dentro do estilo de pensamento da SAN como direito humano para definir a SAN.

Palavras-chave: Segurança Alimentar; Direito Humano à Alimentação Adequada; Cuidados Primários em Saúde; Serviços de Saúde; Direitos Humanos.

1. Introdução

Cenários de cuidado em saúde, especialmente os da Atenção Primária à Saúde (APS), apresentam grande potencial para a abordagem de questões relacionadas ao desenvolvimento, como a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (Walley et al., 2008). A *American Academy of Pediatrics*, por exemplo, recomenda que os profissionais de saúde se engajem na promoção da SAN neste contexto (Council on Community Pediatrics, 2015). Neste sentido, consideramos neste estudo a expressão práticas de SAN para designar os vários tipos de ações, atividades e estratégias visando interferir na SAN. Na APS, as práticas de SAN pertencem a dois domínios. O primeiro se refere à identificação de situações de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN), por exemplo, através do uso de instrumentos específicos (Kleinman et al., 2007), em conjunto com outros determinantes da saúde (Garg et al., 2015) ou ainda dentro do contexto de vigilância alimentar e nutricional (Pereira et al., 2012). O segundo domínio compila as intervenções para promover a SAN ou mitigar a IAN, como a inclusão de um defensor (*advocate*) na APS para conectar usuários com recursos locais (Berkowitz et al., 2016) e o estabelecimento de parcerias para distribuir fórmula infantil, materiais educativos e encaminhamento para programas governamentais (Beck et al., 2014).

Adicionalmente, existe uma disputa conceitual em torno da SAN. O termo original, Segurança Alimentar (SA), foi inicialmente usado para definir a autossuficiência de um país para atingir as necessidades energéticas de sua população (Pinstrup-Andersen, 2009). Ao longo do tempo, passaram a coexistir definições incluindo outras dimensões, como a disponibilidade de alimentos para as pessoas e, posteriormente, o acesso a alimentos suficientes para uma dieta saudável (Pinstrup-Andersen, 2009). Por sua vez, a *Food and Agriculture Organization* (FAO) já recomendou o uso do termo segurança alimentar e nutricional (SAN), como uma forma ampla de definir este fenômeno (FAO, 2012). Neste documento, a FAO define que a SAN acontece “quando

todas as pessoas têm, o tempo todo, acesso físico, social e econômico à comida, que é segura e consumida em quantidade e qualidade suficientes para atingir suas necessidades dietéticas e preferências alimentares, e é apoiada por um ambiente sanitário adequado, serviços de saúde e cuidado, permitindo uma vida saudável e ativa”. [tradução nossa] (FAO, 2012, pag. 8). Destacamos que esta conceituação de SAN está em conformidade com o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e o direito fundamental de estar livre da fome, incorporadas ao conceito desde a Cúpula Mundial da Alimentação (FAO, 1996). A adoção do quadro teórico dos direitos humanos no embasamento das práticas de SA, como já aconteceu em outras questões de saúde pública como o HIV/AIDS, pode ser uma estratégia bem-sucedida para promover a saúde, bem-estar e dignidade (Chilton and Rose, 2009).

Ainda que exista pouca evidência científica sobre as práticas de SAN na APS, há um interesse crescente sobre o tema. Recentemente, duas revisões foram publicadas incluindo a temática. A primeira é uma revisão de escopo sobre a triagem de determinantes sociais da saúde, incluindo a SAN, no cuidado clínico (Andermann, 2018). A outra se trata de uma revisão sistemática que contempla a SAN ao estudar intervenções a respeito de necessidades econômicas e sociais nos sistemas de saúde (Gottlieb et al., 2017). Existe ainda uma revisão registrada na plataforma *Prospero* especificamente sobre estratégias para abordar IAN em cenários de cuidado em saúde, mas ainda não está concluída (Marchis et al., 2018). Em todos os casos, o enfoque está em descrever e/ou analisar as práticas, seus desfechos, formas de avaliação e efetividade.

Em contrapartida, a sistematização das teorias que sustentam a produção científica sobre as práticas de SAN na APS ainda constitui uma lacuna. Adicionalmente, não se sabe quais são as conceituações de SAN adotadas pelos pesquisadores deste tema, ou seja, a partir de qual interpretação de SAN produzem conhecimento científico. Considerando a importância do quadro teórico dos direitos humanos para a efetividade de estratégias de saúde pública (Gruskin et al.,

2007), ponderamos ser necessária uma exposição do grau de permeabilidade deste referencial nestes estudos. Está pendente a compreensão de quem são os autores que produzem ciência sobre o tema, como compreendem a SAN e a justificam enquanto uma questão para ser abordada na APS. Entendemos que estes elementos são cruciais para a construção de um panorama mais explicativo deste campo. Portanto, os objetivos do presente estudo foram 1) mapear as teorias que sustentam a produção científica sobre práticas de SAN na APS e 2) descrever como o quadro teórico dos direitos humanos está incorporado nestas publicações.

2. Métodos

Conduzimos uma revisão de escopo. Este método consiste em um mapeamento da literatura existente sobre um determinado tópico, incluindo diversos desenhos metodológicos e sem pressupor avaliação da qualidade dos estudos (Arksey and O'Malley, 2005). Não foi realizado o registro do protocolo, visto que o *Prospero* não engloba este tipo de revisão.

2.1. Identificação das publicações

A identificação das publicações foi feita em 14 plataformas de diferentes áreas do conhecimento (Tabela 1), já que a SAN é um fenômeno interdisciplinar, não restrita apenas à área da saúde. Ressaltamos que as bases OAIster e OpenGrey recuperam especificamente registros de literatura cinzenta. A estratégia de busca foi adaptada para cada base com os termos da Tabela 1 e os campos de busca foram o título, resumo, palavras-chave e vocabulário controlado, quando disponível. Não restringimos o período e local. Esta etapa foi executada no dia 3 de julho de 2018, retornando 4500 registros. A estratégia de busca detalhada para cada base foi apresentada no Material Suplementar. Foi utilizado o gerenciador de referências Zotero 5.0 (*Roy Rosenzweig Center for History and New Media*) para eliminação de duplicatas.

Tabela 1. Detalhamento da estratégia de identificação das publicações.

Bases de dados bibliográficos	Termos de busca (relacionados à segurança alimentar)	Termos de busca (relacionados à atenção primária à saúde)
Applied Social Sciences Index & Abstracts (ASSIA)	food security	primary health care
CINAHL with Full Text	food insecurity	primary healthcare
Education Resources Information Center (ERIC)	food secure	primary health-care
EMBASE	food insecure	primary care
Food Science and Technology Abstracts (FSTA)	food-secure	community health
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)	food-insecure	village health
Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline/PubMed)	food and nutrition security	health center
OAIster	food and nutrition insecurity	health centre
OpenGrey	right to food	health facility
Physical Education Index	right to adequate food	health service
Scopus	right to healthy food	family clinic
Social Care Online	right to nutrition	
Sociological Abstracts	right to adequate and healthy food	
Web of Science	lack of food	
	food scarcity	
	food deprivation	
	food sovereign	
	hunger	
	starvation	
	famine	

2.2. Seleção das publicações

A seleção foi feita inicialmente a partir da leitura de todos os títulos e resumos, organizados a partir de planilhas no software Excel (*Microsoft Office 365*). Os registros que potencialmente contribuiriam para a revisão seguiram para a avaliação do texto na íntegra. Publicações cujos título e resumo não continham informações suficientes para avaliação também foram analisados integralmente. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

(A) Abordar pelo menos uma prática de SAN, ou seja, alguma ação para identificação das situações de IAN ou para promoção da SAN, desde que utilizassem claramente estes termos ou derivações;

(B) Incluir a APS como contexto da prática de SAN. Não foram incluídos trabalhos em que a APS consistiu apenas no local de coleta de dados por conveniência, já que estes estudos não contribuem com a revisão;

(C) Consistir em um estudo original quantitativo, qualitativo ou misto, relato de caso, relato de experiência, ensaio ou comentário.

(D) Estar publicado no formato de artigo, tese, dissertação ou resumos/trabalho de eventos científicos. Para contemplar estas diferentes configurações, estamos adotando o termo publicações para designar estes textos;

(E) Estar publicados inteiramente nos idiomas português, espanhol ou inglês;

(F) Estar disponível na íntegra online pelo acervo da USP, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) ou gratuitamente.

A equipe foi organizada de forma que toda a etapa de seleção das publicações foi realizada por dois revisores de forma independente. Os dados foram confrontados e divergências foram solucionadas através de discussão entre os revisores ou de um terceiro revisor. Além disso, uma vez selecionados os estudos pertinentes para a revisão, foi feita uma avaliação das listas de referências. Os títulos que potencialmente contribuiriam para a revisão foram avaliados segundo os mesmos critérios de inclusão. A Figura 1 sintetiza o processo de seleção dos estudos.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos relevantes.

2.3. Extração dos dados

Realizamos a extração dos dados das publicações selecionadas utilizando um instrumento construído especificamente para presente revisão, que está disponível no Material Suplementar. Este instrumento passou por testes e discussões com todos os autores da presente revisão. A primeira autora realizou a extração das 56 publicações selecionadas.

O mapeamento das teorias que sustentam essa produção científica foi feito a partir da extração da categoria designada como “base teórica para abordar a SAN”. Esta categoria consistiu na localização de excertos onde os autores justificaram a abordagem da SAN no contexto da APS, ou seja, como argumentaram em torno desta temática e a promoveram enquanto um problema de relevância. Foram extraídos os trechos integralmente para que a análise do material fosse feita apenas na etapa seguinte, que é a síntese dos dados.

Para ganhar maior densidade na compreensão dos diferentes quadros teóricos existentes em torno desta temática, extraímos também o ano de publicação, instituições de afiliação dos autores,

características dos sujeitos estudados, perfil da população atendida no serviço de APS em questão e conceituações de SAN apresentadas pelos autores. O último dado limitou-se à transcrição completa da passagem em que os autores conceituaram explicitamente a SAN, a IAN ou algum termo análogo, como SA. Foi extraída também a referência utilizada para esta conceituação.

A descrição da permeabilidade do quadro teórico dos direitos humanos foi feita através da extração de dados da incorporação da noção de alimentação adequada como um direito. Para isso, utilizamos o conteúdo normativo do “Comentário Geral No. 12. O direito à alimentação adequada” do Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Organização das Nações Unidas (ONU) como norteador (United Nations. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1999). Este documento é derivado do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) (United Nations, 1966). As publicações foram analisadas segundo a presença dos seguintes elementos do DHAA: adequação das necessidades dietéticas; disponibilidade de alimentos; acessibilidade econômica; acessibilidade física; sustentabilidade no acesso; estar livre de substâncias adversas; e aceitabilidade cultural (United Nations, 1999). A presença destes elementos foi examinada no decorrer das publicações, excluindo-se o excerto de definição da SAN, que foi analisado separadamente.

2.4. Síntese dos achados

Para sintetizar os dados sobre as bases teóricas para abordar a SAN na APS nos sustentamos na noção de estilo de pensamento de Fleck (2010). Para o autor, o estilo de pensamento é o conjunto de pressupostos de pensamento que sustentam a construção do conhecimento (Fleck, 2010). Ele é compartilhado por um determinado coletivo de pensamento, que estabelece a compreensão dos problemas e direciona os objetivos de pesquisa (Fleck, 2010). A legitimação de um saber só é possível dentro de um estilo de pensamento, por uma coletividade de mesma constituição mental e com formação específica semelhante (Fleck, 2010).

Já havíamos previsto alguns estilos de pensamento possíveis a serem utilizados pelos autores originais para a argumentação da SAN enquanto uma questão a ser abordada na APS. O primeiro estilo de pensamento antevisto foi o dos direitos humanos, que parte da concepção de SAN como a realização do DHAA e sua relação com o direito à saúde (Chilton and Rose, 2009). O segundo estilo de pensamento presumido foi o da caridade, com abordagem baseada nas necessidades das populações (Chilton and Rose, 2009). O entendimento da SAN dentro do quadro teórico da determinação social da saúde também foi previsto (Raphael, 2006). Finalmente, considerando a trajetória da epidemiologia e o movimento de pautar questões de saúde exclusivamente em associações probabilísticas (Krieger, 1994), o último estilo de pensamento pressuposto foi o da SAN como fator de risco para a saúde. Buscamos ainda a existência de algum outro estilo de pensamento não antecipado. Destacamos que a simples menção isolada a um quadro teórico não era suficiente para que uma publicação fosse atribuída àquele estilo de pensamento. Foi considerada toda a argumentação que os autores fizeram em torno da SAN para classificar as publicações.

Os dados das instituições de afiliações dos autores foram agregados a esta análise de forma a caracterizar os coletivos de pensamento que conformam os estilos em torno da SAN. As instituições foram classificadas segundo o tipo a partir do nome. Quando o nome da instituição foi insuficiente para analisá-la, recorreremos à sua página oficial online ou entramos em contato com o autor de correspondência para obtenção da informação. As instituições foram classificadas entre universidades, serviços de saúde, serviços de assistência social, organizações não governamentais (ONG), bancos de alimentos, centros de pesquisa, consultoria de políticas e programas e escritório de senador. Vale ressaltar que serviços de saúde vinculados a universidades, como hospitais e centros médicos universitários, foram classificados somente pelo termo serviços de saúde.

Departamentos e secretarias de saúde dos governos também foram designados como serviços de saúde. Além disso, os dados das instituições também foram analisados segundo o país de origem. Avaliamos a evolução do número de publicações por ano e apresentamos graficamente. Dentro de cada estilo de pensamento identificado, as características dos sujeitos estudados e perfil da população atendida no serviço de APS foram agrupados, contabilizados e apresentados narrativamente. As conceituações de SAN foram pormenorizadas segundo o ponto central da definição e os elementos utilizados para qualificar o conceito. Foi feita uma classificação das fontes utilizadas para definir SAN segundo tipo de referência, sendo eles: artigo científico, documento governamental local, documento da ONU ou organismo derivado (exemplo: FAO), legislação local e documento de instituição religiosa. Já os elementos do DHAA identificados no decorrer dos textos foram contabilizados e apresentados numericamente por estilo de pensamento identificado e narrativamente por cada elemento presente nas publicações.

Esta etapa também foi conduzida pela primeira autora. Além disso, à medida que se avançou na síntese dos dados, foram feitas discussões sobre os achados com membros da equipe de pesquisa. Durante toda a etapa de síntese dos dados, foi feito o movimento de retorno aos textos originais a partir dos trechos extraídos. Este procedimento foi feito principalmente para sintetizar as bases teóricas para abordar a SAN na APS. Este retorno visou conectar a nossa interpretação sobre a perspectiva teórica dos autores com o texto integralmente, de forma a não cometer arbitrariedades ao designá-los a um ou outro estilo de pensamento.

3. Resultados

Nossa revisão de escopo selecionou 56 publicações que abordam práticas com intencionalidade de identificar e/ou promover a SAN no contexto da APS. O Material Suplementar apresenta as referências incluídas. Os números entre colchetes depois de cada afirmação no

presente manuscrito correspondem aos números que identificam as publicações no Material Suplementar. O número de publicações sobre a temática vem aumentando, com ápice em 2017 (Figura 2).

Figura 2. Número de publicações por ano.

* O número de publicações de 2018 é parcial, pois a busca nas bases de dados foi feita em 3 de julho de 2018.

3.1. Estilos e coletivos de pensamento

Identificamos três estilos de pensamento para sustentar a abordagem da SAN na APS: IAN como risco para saúde; SAN como um determinante social da saúde; e SAN como a realização de um direito humano. A noção de caridade como base para fundamentar as práticas de SAN na APS não está presente em nenhuma das publicações.

3.1.1. Insegurança alimentar e nutricional como risco para a saúde

O estilo de pensamento da IAN como risco para a saúde (daqui em diante designado apenas como estilo de pensamento do risco) predomina [5, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 27,

28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 53]. Nestas 35 publicações, a IAN é apresentada unicamente como causadora de riscos para a saúde e, por isso, deve ser abordada na APS. A convergência das publicações apreciadas como pertencentes a este estilo de pensamento está na legitimação da abordagem da SAN com base exclusiva em informações epidemiológicas sobre a associação existente entre a IAN e os desfechos de saúde e/ou na alta prevalência do fenômeno. Neste caso, os autores ancorados neste estilo de pensamento não apresentam teorizações para fundamentar os mecanismos que explicam estas associações.

Adicionalmente, sete autores utilizam genericamente a expressão fator de risco [23, 34, 35, 40, 47, 52, 53], enquanto outros sete qualificam como risco psicossocial [9, 14, 19, 20, 27, 29, 48], dois como risco social [10, 45], um como risco relacionado ao estilo de vida [25] e nos demais não há especificação. A noção de SAN como uma necessidade está presente em 15 publicações [5, 9, 10, 13, 17, 18, 20, 27, 29, 31, 37, 40, 42, 43, 45], com sete especificando-a como uma necessidade no domínio social [10, 13, 18, 20, 31, 42, 43]. Sete designam a SAN como um problema social relacionado à saúde [14, 16, 24, 30, 31, 32, 42] e dois como um problema clínico a ser diagnosticado e tratado na APS [38, 52]. Em apenas oito publicações se reconhece a associação da IAN com a pobreza/baixa renda [18, 19, 25, 32, 34, 42, 43, 51] e em três com restrições financeiras [10, 40, 42], mas sem indicação explícita de causalidade. Em nove há menção vaga e pontual aos determinantes sociais da saúde [10, 31, 40, 42, 43, 45, 50, 52, 53]. No entanto, em nenhum destes casos há um aprofundamento em quadros teóricos para justificar a abordagem da SAN na APS ou para explicar as raízes da IA.

O coletivo de pensamento que compõe este estilo é integrado majoritariamente por autores vinculados a instituições dos Estados Unidos da América (EUA). Das 35 publicações deste estilo de pensamento, 29 foram produzidas por autores vinculados exclusivamente a este país [5, 9, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 43, 45, 48, 50, 51, 52, 53].

As exceções são quatro publicações australianas [13, 25, 23, 47], uma brasileira [44] e uma de autores da Tanzânia, Quênia, Canadá e EUA [28].

Quanto ao tipo de instituição de afiliação, há grande variabilidade, com destaque para a presença de autores de universidades. Nove publicações foram produzidas unicamente por autores de universidades [13, 14, 17, 18, 19, 24, 36, 44, 51], quatro de serviços de saúde [9, 10, 29, 48] e uma publicação era de uma consultoria de políticas e programas [45]. Nos casos de dois tipos de instituições presentes, a parceria entre autores de universidades e serviços de saúde foi a única identificada em 15 publicações [16, 23, 25, 27, 30, 31, 32, 35, 37, 42, 43, 47, 50, 52, 53]. Identificamos também publicações com autoria compartilhada entre autores de três tipos de instituição. Nestes casos, além de universidades, estavam presentes autores vinculados a serviços de saúde e organizações não governamentais [5, 20, 34], serviço de saúde e banco de alimentos [38], serviços de saúde e centros de pesquisa [40] e centro de pesquisa e organização não governamental [28].

A primeira publicação deste estilo de pensamento é de 2004 [51] e as mais recentes foram publicadas em 2018 [13, 45, 50, 53].

3.1.2. Segurança alimentar e nutricional como um determinante social da saúde

O segundo estilo de pensamento mais presente é o da SAN como um determinante social da saúde (daqui em diante designado apenas como estilo de pensamento dos determinantes sociais) [1, 2, 3, 4, 7, 12, 15, 21, 22, 26, 33, 39, 41, 49]. Neste caso, os autores das 14 publicações argumentam, em diferentes graus de profundidade, que é necessário abordar a SAN na APS porque ela faz parte das condições ou circunstâncias de nascimento, crescimento, vida e/ou trabalho que impactam a saúde. A noção de necessidades está abordada todas as publicações, sendo que em metade é usada especificamente a expressão necessidades sociais [7, 15, 21, 22, 26, 33, 41]. Na maior parte da produção deste estilo de pensamento, 11 publicações, são mencionados mecanismos

da gênese dos desfechos de saúde e da IA. Nestes casos, há destaque para a dimensão da pobreza [2, 3, 12, 15, 22, 26, 33, 39, 41], contexto econômico e social [3, 4, 12], constrangimentos financeiros [49] e cenário político [26]. Adicionalmente, a argumentação a respeito da importância da SAN para a saúde e, conseqüentemente, a justificativa de sua abordagem na APS, está fortemente sedimentada nas associações com desfechos de saúde [1, 2, 3, 4, 7, 12, 15, 22, 33, 39, 49].

Treze publicações deste estilo de pensamento têm autores afiliados a instituições estadunidenses [1, 2, 3, 4, 7, 12, 15, 21, 22, 26, 33, 39, 41] e uma tem autores vinculado a instituições da Austrália [49]. Este coletivo de pensamento também expressa diversidade institucional, com proeminência dos serviços de saúde. Das 14 publicações que compõem este estilo de pensamento, quatro foram produzidas por autores de apenas um tipo de instituição, sendo serviços de saúde [4, 39] e universidades [26, 49]. Quando notamos parcerias entre autores de dois tipos de instituição, predominam as realizadas entre serviços de saúde e universidades em seis publicações [7, 12, 15, 21, 22, 41], seguidas por serviço de saúde e banco de alimentos [3] e serviço de saúde e organização não governamental [33]. Identificamos também publicações com autoria compartilhada entre autores de três e quatro tipos de instituição. Nestes casos, além de serviços de saúde e universidades, estavam autores vinculados a banco de alimentos [1] e centro de pesquisa e escritório de um senador [2].

A primeira publicação deste estilo de pensamento é de 2011 [33], enquanto a última é de 2018 [49].

3.1.3. Segurança alimentar e nutricional como um direito humano

O estilo de pensamento menos presente foi o da SAN como a realização de um direito humano (daqui em diante designado apenas como estilo de pensamento dos direitos humanos), com sete publicações [6, 8, 11, 46, 54, 55, 56]. Há uma homogeneidade nas sete publicações que

compõem este estilo de pensamento ao reconhecer a alimentação como um direito por si só. Concomitantemente, cinco admitem sua articulação com outros direitos, notadamente a saúde [11, 46, 55, 56] e em uma única publicação considera-se a SAN concomitantemente como um componente do direito à saúde [8]. Em diferentes graus de profundidade, apresentam a pobreza [11, 46, 56], condições de vida [6, 54,], fragilidade socioeconômica [54] e a baixa renda, acesso à educação reduzido, falta de moradia adequada e o processo de colonização e discriminação [8] como geradores das situações de IAN. Além disso, quatro trazem explicitamente o fenômeno da fome como a manifestação mais grave da IAN [11, 46, 54, 56]. Em quatro publicações, a APS é concebida como um local para a conscientização sobre direitos, enfrentamento de desigualdade e superação das situações de IAN [6, 11, 46, 55]. Adicionalmente, duas publicações reforçam a importância do fenômeno a partir da sua alta prevalência [6, 56].

Das sete publicações que compõem este estilo de pensamento, seis foram produzidas por autores afiliados a instituições do Brasil [6, 11, 46, 54, 55, 56] e uma da Austrália [8]. Quanto aos tipos de instituição, encontra-se pouca variabilidade neste coletivo de pensamento. As instituições brasileiras eram na totalidade universidades [6, 11, 46, 54, 55, 56]. Na publicação australiana, as instituições nas quais os autores estavam vinculados eram uma universidade e serviços de saúde [8].

A primeira publicação deste estilo de pensamento é de 2008 [55] e a mais nova é de 2017 [8].

3.2. População dos estudos

Existem diferenças nas populações dos estudos e na forma como descrevem o perfil da população usualmente assistida nos serviços de APS pesquisados, conforme o estilo de pensamento. Das 35 publicações que compõem o estilo de pensamento do risco, em 22 os sujeitos

estudados são exclusivamente usuários [5, 9, 13, 16, 20, 23, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 38, 42, 50, 52, 53, 47]. Na maioria destas, 14 publicações, há enfoque para a população infantil, sendo os sujeitos dos estudos os cuidadores e pais de crianças [16, 20, 23, 25, 34, 35, 38, 42, 47, 50, 53] ou as crianças delimitadas por diferentes recortes etários [9, 13, 36]. Os demais são gestantes [27, 28, 29], adultos [5, 52], jovens [30, 31] e idosos e pessoas sem moradia [37]. Os trabalhadores da APS constituem a população estudada em cinco publicações deste estilo de pensamento [17, 32, 44, 45, 51]. Em três publicações, os sujeitos são simultaneamente os trabalhadores e os usuários [43, 48, 40]. Os residentes de pediatria também aparecem como população estudada, concomitantemente com os usuários, pais de crianças [14, 18, 19], ou isoladamente [10]. Uma publicação, que é um comentário sobre o tema, não limita a população [24].

Adicionalmente, autores de 17 publicações do estilo de pensamento do risco apresentam detalhamento quanto ao perfil da população atendida usualmente nos serviços de saúde que compõem o contexto dos estudos. Nestes casos, nós dividimos as características da população ressaltadas pelos autores em dois domínios: o tipo de cobertura de saúde e pertencimento a minorias sociais. Quanto ao primeiro grupo são destacados os cobertos pelo Medicaid [9, 10, 14, 18, 19, 20, 38, 48], pelo Free Care [38] e pacientes não assistidos pelas vias tradicionais [52]. Já em relação ao segundo conjunto de características da população estão os desfavorecidos ou vulneráveis socioeconomicamente, baixa renda ou pobres [29, 34, 38, 45, 50], hispânicos/latinos [34, 38, 52], afrodescendente [10, 29], indígenas [23, 25, 47] e desabrigados/em risco de falta de moradia [40]. No caso do estilo de pensamento dos determinantes sociais, os usuários dos serviços de saúde são os sujeitos estudados em nove das 14 publicações. Destes, também se destacam as crianças [2, 3, 12, 15, 26] os cuidadores ou pais de crianças [7, 22]. Os demais usuários estudados são adultos [4] população geral [41]. Quatro publicações incluem sujeitos que não fazem parte do quadro fixo de

trabalhadores, mas que estão em formação profissional no contexto da APS, sendo residentes de pediatria [1, 33, 39] e estudantes de enfermagem [49]. Nesta última, os enfermeiros de saúde comunitária também foram incluídos no estudo [49], sendo a única publicação deste estilo de pensamento a estudar trabalhadores da APS. Uma publicação, que é um comentário sobre o tema, não restringe a população [21]. Adicionalmente, seis publicações apresentam dados quanto ao perfil da população atendida nos serviços de saúde estudados. Os autores deste coletivo de pensamento destacam a cobertura pelo Medicaid [1, 3] e pelo Medicare [4] e desvantagem socioeconômica e baixa renda [3, 33, 39, 41].

Finalmente, para o estilo de pensamento dos direitos humanos, os sujeitos mais estudados são os trabalhadores da APS, presentes isoladamente em três publicações [11, 46, 54]. Uma publicação inclui concomitantemente trabalhadores da APS e coordenadores de graduação em nutrição [56]. Duas publicações têm usuários como sujeitos de estudo, sendo uma com crianças [6] e outra com indígenas [8]. Por fim, uma publicação inclui somente sujeitos envolvidos em um projeto de formação profissional no contexto da APS, sendo estudantes e docente de graduação em nutrição e nutricionistas voluntários envolvidos no projeto [55].]. Apenas dois estudos trazem características da população usualmente atendida nos serviços de saúde estudados. Nestes casos, as informações apresentadas são de populações vulneráveis socioeconomicamente e de baixa renda [6, 46], baixa escolaridade [46] e alto desemprego [46].

3.4. Conceituação de Segurança Alimentar e Nutricional pelos autores

Das 56 publicações incluídas na presente revisão, em apenas 21 os autores apresentam conceituações explícitas de SAN [1, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 32, 34, 35, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 49, 52, 53, 54, 56]. A Figura 3 sintetiza os elementos apresentados pelos autores para definir a SAN. Ao centro está o conceito de AS (sem o adjetivo “nutricional”), utilizado majoritariamente pelos

autores para abordar este fenômeno. Em seguida, encontram-se os três estilos de pensamento anteriormente descritos dividindo as conceituações utilizadas.

No estilo de pensamento do risco existem 11 publicações que definem SA. Estas conceituações se sustentam a partir de três diferentes pilares, mutuamente excludentes. Para aqueles que utilizam a conceituação baseada no acesso aos alimentos [10, 34, 35, 36, 42, 43, 45, 52], há uma grande pulverização de elementos para qualificar este acesso. Não há nenhum elemento em comum nas definições presentes nas oito publicações que se concentram neste polo. Adicionalmente, há ainda neste estilo de pensamento uma conceituação mais concisa pautada na disponibilidade de alimentos [32, 53] e outra mais rudimentar de SA a partir da suficiência de alimentos [38]. Neste estilo de pensamento, as conceituações de SA têm como referência documentos governamentais locais [34, 35, 38, 45, 53], artigos científicos e documentos governamentais locais concomitantemente [10, 42, 43, 52], artigo científico [32] e uma publicação não cita a fonte [36].

Aqueles que concebem este fenômeno através do prisma do estilo de pensamento dos determinantes sociais [1, 3, 7, 12, 49], definem a SA a partir de dois pilares: o acesso aos alimentos [3, 7, 49] e a disponibilidade de alimentos [1, 12]. Aqui, os autores utilizam definições um pouco mais uniformes, visto que há elementos comuns tanto nos dois polos. Os autores deste coletivo de pensamento recorrem a artigos científicos [1, 12], artigos científicos e documentos governamentais locais [3,7] e documento da FAO e documento de uma organização religiosa concomitantemente [49] para conceituar a SA.

Já nas cinco publicações que compõem o estilo de pensamento dos direitos humanos e que apresentam definições de SA, destacamos a maior uniformidade nos elementos para caracterizá-la. Neste caso, o acesso aos alimentos qualificado como universal, regular e suficiente é o alicerce de todas as conceituações apresentadas pelos autores [8, 11, 46, 54, 56]. Destaca-se que, neste estilo

de pensamento, existe uma linha de conceituação que inclui o adjetivo nutricional, ou seja, sustentado no conceito de SAN [11, 46, 54, 56]. Estas conceituações incorporam características que denotam maior complexidade no entendimento do conceito. O coletivo de pensamento conceitua a SAN a partir de legislação local [11, 46, 56], legislação local e artigo científico [54] e documento da FAO [8].

Figura 3. Elementos utilizados para detalhar as conceituações de SA.

3.5. Incorporação de elementos do DHAA nas publicações

Há baixa presença dos elementos do DHAA no decorrer das publicações incluídas, notadamente nos estilos de pensamento do risco e dos determinantes sociais, conforme a Figura 4. Destaca-se que, no geral, em 22 publicações não encontramos nenhum dos elementos que compõem o DHAA [2, 3, 4, 5, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 30, 36, 38, 39, 42, 48, 55]. Apenas cinco publicações apresentam quatro ou mais elementos [40, 46, 50, 54, 56].

Figura 4. Número de publicações por quantidade de elementos do DHAA incorporados por estilo de pensamento.

Das 35 publicações que compõem o estilo de pensamento do risco, em 14 encontramos o elemento de acessibilidade econômica aos alimentos [9, 10, 16, 17, 19, 27, 29, 34, 35, 40, 45, 50, 51, 52] e em 13 a adequação das necessidades dietéticas [16, 17, 28, 31, 32, 37, 40, 43, 44, 45, 47, 50, 52]. Aparecem em menor proporção neste estilo de pensamento a acessibilidade física aos alimentos [40, 43, 44, 45, 50, 51], a aceitabilidade cultural [31, 40, 50], a disponibilidade de alimentos [37, 51, 53] e a sustentabilidade no acesso [19]. Já no estilo de pensamento dos determinantes sociais (14 publicações), os elementos identificados são apenas a acessibilidade econômica [1, 7, 26, 33, 41, 49] em maior número, seguida da adequação das necessidades dietéticas [7, 41, 49] e da acessibilidade física aos alimentos [49]. Finalmente, nas sete publicações que compõem o estilo de pensamento dos direitos humanos encontramos proporcionalmente mais elementos: acessibilidade econômica aos alimentos presente em seis publicações [6, 8, 11, 46, 54, 56]; adequação das necessidades dietéticas em cinco [6, 8, 46, 54, 56]; a aceitabilidade cultural em

quatro [6, 46, 54, 56]; sustentabilidade no acesso e estar livre de substâncias adversas em três [46, 54, 56]; e a disponibilidade de alimentos em uma publicação [54, 56,].

4. Discussão

Aqui apresentamos um panorama das teorias presentes na produção científica sobre práticas de SAN na APS e descrevemos o grau de incorporação do quadro teórico dos direitos humanos nas publicações incluídas. O campo científico que articula SAN e APS está em expansão. Ressaltamos o número amplo de bases de dados e a amplitude dos termos de busca (incluindo cinco variações do direito à alimentação), de forma que se considera que foi possível resgatar diferentes perspectivas teóricas, dentro dos limites de exequibilidade da pesquisa. Ainda que todas as publicações partilhem da ideia comum da IAN como um problema a ser superado e como uma questão a ser abordada na APS, as argumentações em torno desta questão manifestam três estilos de pensamento diferentes. Predomina o estilo de pensamento da IAN como fator de risco para a saúde, sendo relevantes, mas minoritários, os estilos de SAN como um determinante social da saúde; e SAN como a realização de um direito humano. O investimento científico neste campo se dá em populações diferentes conforme o estilo de pensamento. As conceituações de SAN também variam, sendo que as apresentadas no estilo de pensamento da SAN como um direito humano as mais elaboradas e homogêneas. O discurso científico sobre SAN nas APS tem pouca permeabilidade à noção do DHAA.

A maior parte das publicações se localiza no estilo de pensamento do risco. As publicações deste grupo se baseiam exclusivamente na noção de que a SAN está associada com questões de saúde e/ou na sua alta prevalência. Ainda que em algumas publicações deste estilo de pensamento haja menções pontuais a pobreza e determinantes sociais da saúde, estes não são usados para teorizar em torno da SAN ou para legitimar a sua abordagem na APS. Não pretendemos aqui

diminuir a validade dos estudos epidemiológicos, mas sim ressaltar que este tipo de construção argumentativa subutiliza o potencial deste campo. A epidemiologia da “caixa preta” (do inglês, *black box epidemiology*) surgiu como uma resposta paradigmática do campo quando abordagens analíticas anteriores foram insuficientes para elucidar as doenças crônicas (Susser and Susser, 1996). O arcabouço do risco para a saúde é capaz de gerar uma visão multifatorial das doenças e de orientar abordagens preventivas (Krieger, 1994). Sua limitação está na tendência de simplificar demasiadamente os mecanismos por trás dos problemas de saúde e suas implicações para a saúde pública, pela ausência de um modelo explicativo das associações identificadas (Krieger, 1994). Críticas vem sendo feitas a esta forma de realizar e interpretar estudos epidemiológicos há décadas, porém o estilo de pensamento do risco se mostrou dominante para justificar a abordagem da SAN na APS na presente revisão.

O coletivo de pensamento do risco é composto majoritariamente por autores vinculados a instituições dos EUA. Este dado é coerente com o fato de que a epidemiologia moderna, sustentada em no probabilismo, se conforma durante o século XX dentro da Saúde Pública estadunidense (Ayres, 2011). A “epidemiologia do risco” se edifica teórica e metodologicamente em instituições dos EUA, como a *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health*, *Harvard School of Public Health* e *National Cancer Institute* (Ayres, 2011). Considerando a força do discurso científico deste país, este modo de interpretação dos fenômenos de saúde se expande para outras localidades, o que se manifesta na presença de publicações da Austrália e, pontualmente, do Brasil. Dada esta trajetória, não por acaso este é o estilo de pensamento é o mais antigo dos três e se mantém presente nas publicações mais recentes na presente revisão. Além disso, a epidemiologia consiste em um modo de formalização do conhecimento científico. Isso coaduna com a presença marcante de universidades como principais instituições de afiliação institucional dos autores que compõem este

coletivo de pensamento. Ainda que exista uma diversidade institucional, a comunidade acadêmica é central na constituição deste coletivo.

O estilo de pensamento dos determinantes sociais é o segundo mais utilizado para fundamentar a abordagem da SAN na APS. Nestas publicações, a SAN pertence ao rol de condições materiais de vida e trabalho que influenciam a saúde. Braveman et al. (2011) apontam uma tendência nas pesquisas deste quadro teórico em focar nos determinantes *downstream* (aqueles próximos dos desfechos de saúde, como moradia, vestimenta, acesso a alimentação, etc), e subvalorizar os determinantes *upstream*, que refletem as estruturas geradoras dos determinantes *downstream* e dos problemas de saúde. Isso não se manifesta na presente revisão, pois os autores deste estilo de pensamento consideram, majoritariamente, a pobreza como a base da IAN. Isso se dá no nível argumentativo, ficando pendente para os próximos estudos analisar se as práticas conduzidas de fato buscam o enfrentamento das questões geradoras da IA, ou seja, os determinantes *upstream*.

Adicionalmente, observamos que em todas estas publicações os autores utilizaram associações probabilísticas com desfechos de saúde para sedimentar a importância da SAN e fortalecer a argumentação. Isso coaduna com a perspectiva da epidemiologia social dentro deste quadro teórico, tradicionalmente preocupada em fornecer evidências “duras” para o campo, ou seja, através de formalização estatística (Raphael, 2006). Nota-se que a prática discursiva deste estilo de pensamento pertence a uma lógica fragmentada dos determinantes, e não há uma ancoragem em uma teoria da determinação social da saúde. Não se trata do movimento da epidemiologia crítica, como o modelo de Breilh (2013), que aponta que o capitalismo é estruturalmente incompatível com a saúde e que os processos sociais envolvidos nessa conformação de sociedade determinam os perfis epidêmicos das populações. O estilo de pensamento dos determinantes sociais encontrado

neste estudo está longe de reivindicar o rompimento com as estruturas capitalistas em prol de práticas emancipadoras da SAN.

Embora a ideia de que as condições materiais de vida influenciam a saúde não seja nova, esta concepção esteve por muito tempo fora do discurso científico hegemônico em países como EUA e Austrália (Raphael, 2006), que compõem este coletivo de pensamento. Neste sentido, este é o estilo de pensamento agregado mais recentemente, sendo a publicação mais antiga de 2011. Neste coletivo de pensamento, autores vinculados a instituições dos EUA também são os mais presentes. Recentemente, este quadro teórico ganhou força entre os pesquisadores estadunidenses. Isso se deu, entre outros fatores, como uma forma de identificar os motivos que levam os indicadores de saúde dos EUA serem significativamente piores que os de outros países, notadamente os europeus (Berkman, 2009; Raphael, 2006). Além disso, também se observa a variabilidade no tipo de afiliação institucional dos autores. Diferente do coletivo de pensamento do risco, neste caso, os serviços de saúde se destacam dentre os outros tipos de instituições. Possivelmente, isso acontece porque a noção de que as condições econômicas e sociais afetam a saúde é mais perceptível para aqueles que estão na prática do cuidado. Portanto, este quadro teórico seria mais aceito, adotado e defendido entre os produtores de conhecimento que vivenciam o cotidiano dos serviços de saúde.

O estilo de pensamento dos direitos humanos é o menos frequente para justificar a abordagem da SAN na APS, evidenciando a pouca permeabilidade deste quadro teórico na literatura sobre este tema. As publicações deste estilo de pensamento apresentam os possíveis geradores das situações de IAN, majoritariamente ligados à condição socioeconômica, mas com uma menção que expande o desenvolvimento do problema para questões como a discriminação e o processo de colonização. Adicionalmente, o movimento de legitimar a importância da pauta através da alta prevalência da IAN também é feito, em menor proporção, neste estilo de

pensamento. Ressaltamos que dentro da lógica dos direitos humanos não está em questão se um fenômeno é mais ou menos frequente na população, o que denota uma incongruência dentro deste coletivo. Como se trabalha com o princípio da universalidade, se um indivíduo isoladamente não tem o seu direito respeitado, protegido e efetivado, isso já constitui um problema de interesse do campo dos direitos humanos. Ademais, este estilo de pensamento avança no sentido de explicitar a APS como um cenário para a superação da IAN e de suas questões estruturantes. Assim como no estilo de pensamento da SAN como determinante social da saúde, este arcabouço está no nível argumentativo. Próximos estudos devem se debruçar em compreender se as práticas propostas e estudadas na APS por este coletivo de pensamento de fato utilizam o quadro dos direitos humanos. Isso pode incluir desde a incorporação de princípios como a responsabilização, a participação social e atenção às populações vulneráveis nas práticas até a as noções de indivisibilidade e interdependência entre os direitos humanos.

Este estilo de pensamento apresenta um protagonismo de autores vinculados institucionalmente ao Brasil. Isso já era esperado, visto que neste país a SAN foi historicamente conectada a reivindicação do DHAA, principalmente pelos movimentos sociais, atingindo avanços legais e políticos importantes (Silva et al., 2018). Como um país de passado colonialista, escravocrata e que ocupa uma posição de submissão em relação aos interesses dos países capitalistas centrais, o Brasil é um país marcado fortemente violações dos direitos humanos de sua população (Netto, 2009). Considerando que os direitos emanam de demandas da vida em sociedade e são frutos de uma construção histórica (Bobbio, 2004), é coerente que o Brasil esteja na liderança deste estilo de pensamento. Destacamos ainda que, no Brasil, parte da comunidade científica participa do ativismo pela SAN e DHAA. Isso se manifesta na presença da universidade como instituição de afiliação em todas as publicações deste estilo de pensamento, sendo a única nos brasileiros. A Austrália é o outro país que compõe este estilo de pensamento, mostrando que a

discussão da alimentação como um direito tem algum grau de permeabilidade neste país. Isso pode estar relacionado com o fato de que a Austrália ratificou o PIDESC em 1975. Este é o principal tratado no nível global que reconhece o DHAA (United Nations, 1966). Em contrapartida, podemos projetar uma explicação sobre a ausência de autores de instituições dos EUA no coletivo de pensamento dos direitos humanos a partir deste tratado. Até o presente momento, este país ainda não ratificou o PIDESC, embora ele tenha sido elaborado em 1966. Ou seja, ainda que a noção da alimentação como um direito não seja nova, os EUA ainda não firmaram o seu compromisso com este e outros direitos sociais. É esperado que isso reverbere nas publicações científicas de SAN deste país.

Dentro do que foi previsto, a noção de caridade foi a única que não foi identificada como um percurso argumentativo em torno da SAN. Consideramos este achado surpreendente, visto que o assistencialismo envolvendo instituições de caridade teve protagonismo histórico nas respostas à IAN (Riches, 2003). Uma possível justificativa para a ausência deste estilo de pensamento é o fato de tratarmos na presente revisão especificamente do contexto da APS. Possivelmente, esta disputa teórica envolvendo a caridade seja mais forte em cenários da assistência social, como os bancos de alimentos (Riches, 2011). Ainda que não tenha sido utilizada na argumentação, é possível que no nível prático o assistencialismo faça parte na abordagem da SAN na APS. Neste sentido, a investigação da permeabilidade da noção de caridade nas práticas de SAN permanece como uma questão para estudos posteriores.

Os coletivos de pensamento se concentram em populações distintas. O estilo de pensamento do risco apresenta maior diversidade quanto aos sujeitos estudados, possivelmente pelo maior número de publicações que contém. Adicionalmente, este estilo de pensamento e o dos determinantes sociais enfocam os usuários, especialmente as crianças e os envolvidos no seu cuidado (pais, familiares, residentes de pediatria). Andermann (2018) também encontrou dado

semelhante em sua revisão de escopo sobre triagem dos determinantes sociais da saúde na prática clínica. Além disso, os trabalhadores da APS são pouco estudados pelo coletivo de pensamento da SAN como determinante social da saúde, ao passo que são a maioria no estilo de pensamento da SAN como um direito humano. Essa predileção pelos trabalhadores no estilo de pensamento dos direitos humanos pode estar relacionada a ideia de responsabilização, central para os direitos humanos. Potencialmente, os autores deste coletivo supõem que cabe a estes profissionais o compromisso de conduzir ações visando à realização do DHAA e, por isso, os escolhem como população a ser estudada.

Adicionalmente, as 25 publicações dos três estilos de pensamento que apresentaram o perfil da população usualmente atendida no(s) serviço(s) de APS descrevem características que denotam segregação social. Isso se manifesta inclusive no estilo de pensamento do risco. Ainda que os produtores de ciência sobre prática de SAN na APS nem sempre utilizem as questões de desigualdades sociais no plano argumentativo, coletivamente eles partem deste ponto comum ao escolher seus cenários de investigação. Neste sentido, consideramos a baixa permeabilidade dos direitos humanos nesta produção científica contraproducente. Este quadro teórico poderia auxiliar no enfrentamento das situações de IAN e informar os profissionais de saúde sobre como atuar enquanto agentes de transformação no nível local (O'Hare et al., 2016). Obviamente, estamos considerando aqui o potencial emancipador que as ações baseadas neste quadro teórico podem ter, ainda que historicamente os direitos humanos tenham sido utilizados em função dos interesses dos países capitalistas centrais (Santos, 1997). O que se deseja ressaltar é que os direitos humanos, quando concebidos como instrumento de emancipação dos povos, podem ser usados na APS para abordar a alimentação numa perspectiva crítica (Botelho e França Junior, 2018). Isso envolve a problematização das desigualdades sociais envolvidas nos problemas alimentares, visando melhores condições de vida para todos os sujeitos (Botelho e França Junior, 2018).

As conceituações de SAN utilizadas pelos autores nos três estilos de pensamento encontram-se centradas majoritariamente no acesso aos alimentos. A noção do acesso aos alimentos passou a ganhar proeminência nas discussões sobre SAN em meados da década de 1970 (Pinstrup-Andersen, 2009), portanto, o protagonismo deste elemento nas conceituações de SAN é compreensível. Como o acesso isoladamente não pressupõe toda a complexidade deste fenômeno, as conceituações apresentadas incorporam elementos qualificadores deste acesso. A partir deste ponto manifesta-se a disputa conceitual que existe em torno da SAN (Maluf and Reis, 2013) *intra* e *inter* coletivos de pensamento.

Nos estilos de pensamento do risco e dos determinantes sociais, há maior heterogeneidade ao conceituar a SAN, incluindo perspectivas simplistas. Já no estilo de pensamento da SAN como direito humano as definições são mais homogêneas e contemplam concomitantemente mais elementos qualificadores. Além disso, existe um polo que contempla elementos que não são utilizados nos outros estilos de pensamentos, como a noção de sustentabilidade, de não comprometimento de outras necessidades e, obviamente, a de direito. Isso denota uma compreensão mais complexa do fenômeno por parte dos autores, ou pelo menos parte deles. Potencialmente, isso ocorre porque nestes casos os autores conceituam a SAN, que por si é uma visão integrada da SA e da segurança nutricional, ou seja, a construção desta conceituação é intrinsecamente multidimensional (FAO, 2012).

Essas diferenças podem estar relacionadas com as fontes utilizadas pelos autores para conceituar a SAN, já que elas são diferentes entre os estilos. Fleck (2010) aponta que na formação de um pensamento, inclusive do conhecimento científico, se formam círculos esotéricos, constituídos de poucos indivíduos especializados, que se relacionam com círculos exotéricos maiores, a opinião pública. No momento de conceituar a SAN, a comunidade científica (círculo esotérico) recorre ao conhecimento produzido em outras instâncias (círculo exotérico). Esse

movimento é feito de forma diferente em cada estilo de pensamento, ou seja, cada coletivo de pensamento identificado na presente revisão escolhe distintamente por quais círculos exotéricos transita.

O círculo exotérico com o qual o coletivo de pensamento do risco dialoga se concentra nas instâncias locais de governo, já que as fontes mais utilizadas são os documentos destas instituições. Estes não têm valor normativo ou legal, ou seja, ainda são sujeitas a muitas variações, especialmente de acordo com interesses políticos momentâneos. Já o coletivo dos determinantes sociais prefere se manter no próprio círculo esotérico, visto que as fontes para conceituar SAN são predominantemente artigos científicos. Segundo Fleck (2010), os periódicos constituem o terreno de maior provisoriedade e pessoalidade na produção do conhecimento, estando instáveis a mudanças e disputas. Os documentos governamentais locais também possuem alguma permeabilidade neste coletivo. Em um único caso este coletivo recorre a um documento da FAO que por estar localizada na ciência dos manuais, apresenta estabilidade maior. Finalmente, o coletivo dos direitos humanos opta fortemente por conceituar a partir de legislação, que por sua vez, deriva de uma construção local. Supõe-se que, quando um fenômeno atinge o valor jurídico de direito, já passou por ampla discussão e está menos sujeito a mudanças, ou seja, estas definições tendem a ser mais sólidas e também mais completas, ainda que carreguem os conflitos e contradições existentes na sociedade. Em síntese, os coletivos do risco e dos determinantes sociais se ancoram em fontes mais transitórias para conceituar a SAN, enquanto o dos direitos humanos se respalda em referências mais consolidadas. Finalmente, diante desta diversidade conceitual, chamam atenção as 35 publicações em que os autores optaram por não explicitar como concebem este fenômeno.

A análise dos elementos do DHAA incorporados nas publicações converge com as conceituações de SAN utilizadas. A acessibilidade econômica é o elemento do DHAA encontrado

com maior frequência nos três estilos de pensamento, assim como o acesso aos alimentos constitui o pilar da maior parte das conceituações. Nos estilos de pensamento do risco e dos determinantes sociais, os elementos incorporados mais frequentemente são os mais elementares, como adequação nutricional e acessibilidade física. Por sua vez, o estilo de pensamento dos direitos humanos incorpora em maior proporção elementos que denotam uma interpretação mais complexa de SAN, como aceitabilidade cultural, sustentabilidade no acesso e estar livre de substâncias adversas.

De forma geral, observa-se a baixa incorporação de elementos do DHAA no decorrer das publicações sobre prática de SAN na APS. Isso fica mais forte nos estilos de pensamento do risco e dos determinantes sociais. Devido a rarefação teórica que permeia a epidemiologia do risco (Ayres, 2011), já era esperado que neste estilo de pensamento os elementos do DHAA fossem pouco incorporados. Já para o estilo de pensamento dos determinantes sociais poderia haver maior incorporação da noção do DHAA. A teoria da determinação social da saúde não está em contraposição com o quadro teórico dos direitos humanos. Ao contrário, os direitos humanos podem fornecer o arcabouço legal e moral para atuar nos determinantes sociais da saúde (Raphael, 2006). Ou seja, seria possível haver uma argumentação de que a SAN é um determinante social da saúde e também a realização do DHAA. No entanto, na presente revisão, os dois quadros teóricos aparecem separadamente. Mesmo no estilo de pensamento da SAN como direito humano consideramos que há baixo uso de elementos do DHAA nos textos. Das sete publicações que compõem este estilo de pensamento, em quatro os elementos do DHAA foram pouco incorporados, indicando um uso superficial deste quadro teórico.

Finalmente, a produção científica sobre este tema está em expansão conforme mostra a Figura 2. Isso indica a necessidade de revisitar periodicamente a literatura sobre o tema e descrever como os diferentes estilos de pensamento ao redor da SAN vem sendo utilizados. Sugerimos ainda para estudos futuros uma compreensão de como os diferentes estilos de pensamento identificados

se relacionam com a forma como as práticas de SAN na APS vem sendo desenvolvidas. Revisões posteriores podem se aprofundar em analisar como a perspectiva teórica dos autores das publicações dialogam com os tipos de estratégias utilizadas, os papéis dos sujeitos envolvidos nas ações e os tipos de desfechos de interesse.

5. Conclusão

Concluimos que a produção científica sobre práticas de SAN na APS está ancorada em três estilos de pensamento: IAN como risco para saúde; SAN como determinante social da saúde; e SAN como direito humano. O quadro teórico dos direitos humanos apresenta pouca permeabilidade nesta literatura, manifestada pelo número reduzido de publicações dentro deste estilo de pensamento e pela baixa presença de elementos do DHAA no decorrer dos textos. A comunidade produtora de ciência sobre o tema concebe a SAN majoritariamente como fator de risco para a saúde. Os EUA predominam nos estilos de pensamento do risco e dos determinantes sociais. O Brasil é o principal expoente do estilo de pensamento dos direitos humanos. A Austrália está presente em todos os estilos de pensamento. O investimento científico neste campo se dá em populações diferentes conforme o estilo de pensamento.

Adicionalmente, as poucas conceituações de SAN apresentadas estão, em sua maioria, centradas na noção de acesso aos alimentos. A diversidade de elementos para qualificar este acesso reflete a disputa conceitual que existe em torno da SAN. Dentro dos três estilos de pensamento identificados, concluimos haver maior homogeneidade e complexidade conceitual dentro do estilo de pensamento da SAN como direito humano. A produção científica sobre as práticas de SAN na APS está em crescimento, o que demandará acompanhamento dos avanços neste campo.

6. Referências bibliográficas

Andermann, A., 2018. Screening for social determinants of health in clinical care: moving from the margins to the mainstream. *Public Health Rev.* 39, 19. <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0094-7>

Arksey, H., O'Malley, L., 2005. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int. J. Soc. Res. Methodol. Theory Pract.* 8, 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Ayres, J.R. de C.M., 2011. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. *Cad Saude Publica* 27, 1301–1311.

Beck, A.F., Henize, A.W., Kahn, R.S., Reiber, K.L., Young, J.J., Klein, M.D., 2014. Forging a pediatric primary care - Community partnership to support food-insecure families. *Pediatrics* 134, e564–e571. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3845>

Berkman, L.F., 2009. Social epidemiology: social determinants of health in the United States: are we losing ground? *Annu. Rev. Public Health* 30, 27–41. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100310>

Berkowitz, S.A., Hulberg, A.C., Hong, C., Stowell, B.J., Tirozzi, K.J., Traore, C.Y., Atlas, S.J., 2016. Addressing basic resource needs to improve primary care quality: A community collaboration programme. *BMJ Qual. Saf.* 25, 164–172. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004521>

Bobbio, N., 2004. *Era dos Direitos*. Elsevier, Rio de Janeiro.

Botelho, F.C., França Junior, I., 2018. Como a atenção primária à saúde pode fortalecer a alimentação adequada enquanto direito na América Latina? *Rev Panam Salud Pública* 42, e159–e159.

Braveman, P., Egerter, S., Williams, D.R., 2011. The social determinants of health: coming of age. *Annu. Rev. Public Health* 32, 381–398. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>

Breilh, J., 2013. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública* 31, 13–27.

Chilton, M., Rose, D., 2009. A rights-based approach to food insecurity in the United States. *Am. J. Public Health* 99, 1203–1211. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.130229>

Council on Community Pediatrics, C. on N., 2015. Promoting food security for all children. *Pediatrics* 136, e1431–e1438. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3301>

Silva, A.C.F., Recine, E., Johns, P., Gomes, F. da S., Ferraz, M. de A., Faerstein, E., 2018. History and challenges of Brazilian social movements for the achievement of the right to adequate food. *Glob. Public Health* 1–9. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1439516>

Fleck, L., 2010. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*, 1a. ed. Fabrefactum, Belo Horizonte.

Food and Agriculture Organization, 2012. Coming to terms with terminology: Food Security, Nutrition Security, Food Security and Nutrition and Food and Nutrition Security.

Food and Agriculture Organization, 1996. Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action.

Garg, A., Toy, S., Tripodis, Y., Silverstein, M., Freeman, E., 2015. Addressing social determinants of health at well child care visits: A cluster RCT. *Pediatrics* 135, e296–e304. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2888>

Gottlieb, L.M., Wing, H., Adler, N.E., 2017. A Systematic Review of Interventions on Patients' Social and Economic Needs. *Am. J. Prev. Med.* 53, 719–729. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.05.011>

Gruskin, S., Mills, E.J., Tarantola, D., 2007. History, principles, and practice of health and human rights. *Lancet* 370, 449–455. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61200-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61200-8)

Kleinman, R.E., Murphy, J.M., Wieneke, K.M., Desmond, M.S., Schiff, A., Gapinski, J.A., 2007. Use of a single-question screening tool to detect hunger in families attending a neighborhood health center. *Ambul. Pediatr. Off. J. Ambul. Pediatr. Assoc.* 7, 278–284. <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2007.03.005>

Krieger, N., 1994. Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Soc. Sci. Med.* 39, 887–903. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90202-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90202-X)

Maluf, R., Reis, M.C., 2013. Conceitos e princípios de segurança alimentar e nutricional, in: *Segurança Alimentar e Nutricional: Perspectivas, Aprendizados e Desafios Para as Políticas Públicas*. Fiocruz, Rio de Janeiro, pp. 15–42.

Marchis, E., Torres, J., Fichtenberg, C., Gottlieb, L., 2018. Addressing food insecurity in health care settings: a review of the evidence.

Netto, J.P., 2009. Democracia e Direitos Humanos na América Latina: aportes necessários ao debate, in: *Direitos Humanos e a Questão Social Na América Latina*. Gramma, Rio de Janeiro.

O'Hare, B.A.-M., Devakumar, D., Allen, S., 2016. Using international human rights law to improve child health in low-income countries: A framework for healthcare professionals. *BMC Int. Health Hum. Rights* 16. <https://doi.org/10.1186/s12914-016-0083-1>

Pereira, S.M.P.D., Brito, L.A.M.H. de, Palácio, M.A.V., Monteiro, M. da P.A., 2012. Operacionalização do sistema de vigilância alimentar e nutricional em Juazeiro do Norte, Ceará. *Rev Baiana Saúde Pública* 36.

Pinstrup-Andersen, P., 2009. Food security: definition and measurement. *Food Secur.* 1, 5–7. <https://doi.org/10.1007/s12571-008-0002-y>

Raphael, D., 2006. Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. *Int. J. Health Serv. Plan. Adm. Eval.* 36, 651–677. <https://doi.org/10.2190/3MW4-1EK3-DGRQ-2CRF>

Riches, G., 2011. Thinking and acting outside the charitable food box: hunger and the right to food in rich societies. *Dev. Pract.* 21, 768–775. <https://doi.org/10.1080/09614524.2011.561295>

Riches, G., 2003. Food Banks and Food Security: Welfare Reform, Human Rights and Social Policy. Lessons from Canada? *Soc. Policy Adm.* 36, 648–663. <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00309>

Santos, B. de S., 1997. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. *Rev. Crítica Ciênc. Sociais* 48, 11–32.

Susser, M., Susser, E., 1996. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *Am. J. Public Health* 86, 668–673.

United Nations, 1966. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Geneva.

United Nations. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1999. General Comment No. 12: The right to adequate food.

Walley, J., Lawn, J.E., Tinker, A., de Francisco, A., Chopra, M., Rudan, I., Bhutta, Z.A., Black, R.E., 2008. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet* 372, 1001–1007. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61409-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61409-9)

MATERIAL SUPLEMENTAR

Tabela. Detalhamento da estratégia de busca realizada em 03/07/2018.

Base de dados	Estratégia de busca	Resultado
ASSIA	(ti,ab,if("food security" OR "food insecurity" OR "food secure" OR "food-secure" OR "food insecure" OR "food-insecure" OR "food and nutrition security" OR "food and nutrition insecurity" OR "right to food" OR "right to adequate food" OR "right to healthy food" OR "right to nutrition" OR "right to adequate and healthy food" OR "lack of food" OR "food scarcity" OR "food deprivation" OR "food sovereign" OR hunger OR starvation OR famine*) OR MAINSUBJECT.EXACT("Food security")) AND (ti,ab,if("primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary health-care" OR "primary care" OR "community health" OR "village health" OR "health cent*" OR "health facilit*" OR "health service*" OR "family clinic*") OR MAINSUBJECT.EXACT("Primary health care"))	106
CINAHL	(TI ("food security" OR "food insecurity" OR "food secure" OR "food-secure" OR "food insecure" OR "food-insecure" OR "food and nutrition security" OR "food and nutrition insecurity" OR "right to food" OR "right to adequate food" OR "right to healthy food" OR "right to nutrition" OR "right to adequate and healthy food" OR "lack of food" OR "food scarcity" OR "food deprivation" OR "food sovereign" OR hunger OR starvation OR famine*) OR AB ("food security" OR "food insecurity" OR "food secure" OR "food-secure" OR "food insecure" OR "food-insecure" OR "food and nutrition security" OR "food and nutrition insecurity" OR "right to food" OR "right to adequate food" OR "right to healthy food" OR "right to nutrition" OR "right to adequate and healthy food" OR "lack of food" OR "food scarcity" OR "food deprivation" OR "food sovereign" OR hunger OR starvation OR famine*) OR (MM "Food Security")) AND (TI ("primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary health-care" OR "primary care" OR "community health" OR "village health" OR "health cent*" OR "health facilit*" OR "health service*" OR "family clinic*") OR AB ("primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary health-care" OR "primary care" OR "community health" OR "village health" OR "health cent*" OR "health facilit*" OR "health service*" OR "family clinic*") OR (MM "Primary Health Care"))	175

ERIC	ti,ab,if("food security" OR "food insecurity" OR "food secure" OR "food-secure" OR "food insecure" OR "food-insecure" OR "food and nutrition security" OR "food and nutrition insecurity" OR "right to food" OR "right to adequate food" OR "right to healthy food" OR "right to nutrition" OR "right to adequate and healthy food" OR "lack of food" OR "food scarcity" OR "food deprivation" OR "food sovereign" OR hunger OR starvation OR famine*) AND (ti,ab,if("primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary health-care" OR "primary care" OR "community health" OR "village health" OR "health cent*" OR "health facilit*" OR "health service*" OR "family clinic*") OR MAINSUBJECT.EXACT("Primary health care"))	18
EMBASE	('food security':ti,ab,kw OR 'food insecurity':ti,ab,kw OR 'food secure':ti,ab,kw OR 'food-secure':ti,ab,kw OR 'food insecure':ti,ab,kw OR 'food-insecure':ti,ab,kw OR 'food and nutrition security':ti,ab,kw OR 'food and nutrition insecurity':ti,ab,kw OR 'right to food':ti,ab,kw OR 'right to adequate food':ti,ab,kw OR 'right to healthy food':ti,ab,kw OR 'right to nutrition':ti,ab,kw OR 'right to adequate and healthy food':ti,ab,kw OR 'lack of food':ti,ab,kw OR 'food scarcity':ti,ab,kw OR 'food deprivation':ti,ab,kw OR 'food sovereign':ti,ab,kw OR 'hunger':ti,ab,kw OR 'starvation':ti,ab,kw OR 'famine*':ti,ab,kw OR 'food security'/exp) AND ('primary health care':ti,ab,kw OR 'primary healthcare':ti,ab,kw OR 'primary health-care':ti,ab,kw OR 'primary care':ti,ab,kw OR 'community health':ti,ab,kw OR 'village health':ti,ab,kw OR 'health cent*':ti,ab,kw OR 'health facilit*':ti,ab,kw OR 'health service*':ti,ab,kw OR 'family clinic*':ti,ab,kw OR 'primary health care'/exp)	745
FSTA	(TI ("food security" OR "food insecurity" OR "food secure" OR "food-secure" OR "food insecure" OR "food-insecure" OR "food and nutrition security" OR "food and nutrition insecurity" OR "right to food" OR "right to adequate food" OR "right to healthy food" OR "right to nutrition" OR "right to adequate and healthy food" OR "lack of food" OR "food scarcity" OR "food deprivation" OR "food sovereign" OR hunger OR starvation OR famine*) OR AB ("food security" OR "food insecurity" OR "food secure" OR "food-secure" OR "food insecure" OR "food-insecure" OR "food and nutrition security" OR "food and nutrition insecurity" OR "right to food" OR "right to adequate food" OR "right to healthy food" OR "right to nutrition" OR "right to adequate and healthy food" OR "lack of food" OR "food scarcity" OR "food deprivation" OR "food sovereign" OR hunger	105

	OR starvation OR famine*) OR (DE "FOOD SECURITY")) AND (TI ("primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary health-care" OR "primary care" OR "community health" OR "village health" OR "health cent*" OR "health facilit*" OR "health service*" OR "family clinic*") OR AB ("primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary health-care" OR "primary care" OR "community health" OR "village health" OR "health cent*" OR "health facilit*" OR "health service*" OR "family clinic*"))	
LILACS	(ti:("food security" OR "food insecurity" OR "food secure" OR "food-secure" OR "food insecure" OR "food-insecure" OR "food and nutrition security" OR "food and nutrition insecurity" OR "right to food" OR "right to adequate food" OR "right to healthy food" OR "right to nutrition" OR "right to adequate and healthy food" OR "lack of food" OR "food scarcity" OR "food deprivation" OR "food sovereign" OR hunger OR starvation OR famine*) OR ab:("food security" OR "food insecurity" OR "food secure" OR "food-secure" OR "food insecure" OR "food-insecure" OR "food and nutrition security" OR "food and nutrition insecurity" OR "right to food" OR "right to adequate food" OR "right to healthy food" OR "right to nutrition" OR "right to adequate and healthy food" OR "lack of food" OR "food scarcity" OR "food deprivation" OR "food sovereign" OR hunger OR starvation OR famine*) OR mh:("Food supply")) AND (ti:("primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary health-care" OR "primary care" OR "community health" OR "village health" OR "health cent*" OR "health facilit*" OR "health service*" OR "family clinic*") OR ab:("primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary health-care" OR "primary care" OR "community health" OR "village health" OR "health cent*" OR "health facilit*" OR "health service*" OR "family clinic*") OR mh:("Primary Health Care"))	195
Medline/Pubmed	("food security"[Title/Abstract] OR "food insecurity"[Title/Abstract] OR "food secure"[Title/Abstract] OR "food-secure"[Title/Abstract] OR "food insecure"[Title/Abstract] OR "food-insecure"[Title/Abstract] OR "food and nutrition security"[Title/Abstract] OR "food and nutrition insecurity"[Title/Abstract] OR "right to food"[Title/Abstract] OR "right to adequate food"[Title/Abstract] OR "right to healthy food"[Title/Abstract] OR "right to nutrition"[Title/Abstract] OR "right to adequate and healthy food"[Title/Abstract] OR "lack of food"[Title/Abstract] OR "food scarcity"[Title/Abstract] OR "food deprivation"[Title/Abstract] OR "food	752

	sovereign"[Title/Abstract] OR hunger[Title/Abstract] OR starvation[Title/Abstract] OR famine*[Title/Abstract] OR "Food Supply"[Mesh] OR "Starvation"[Mesh]) AND ("primary health care"[Title/Abstract] OR "primary healthcare"[Title/Abstract] OR "primary health-care"[Title/Abstract] OR "primary care"[Title/Abstract] OR "community health"[Title/Abstract] OR "village health"[Title/Abstract] OR health cent*[Title/Abstract] OR health facilit*[Title/Abstract] OR health service*[Title/Abstract] OR family clinic* [Title/Abstract] OR "Primary Health Care"[Mesh])	
Physical education Index	(ti,ab,if("food security" OR "food insecurity" OR "food secure" OR "food-secure" OR "food insecure" OR "food-insecure" OR "food and nutrition security" OR "food and nutrition insecurity" OR "right to food" OR "right to adequate food" OR "right to healthy food" OR "right to nutrition" OR "right to adequate and healthy food" OR "lack of food" OR "food scarcity" OR "food deprivation" OR "food sovereign" OR hunger OR starvation OR famine*) OR MAINSUBJECT.EXACT("Food supply")) AND (ti,ab,if("primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary health-care" OR "primary care" OR "community health" OR "village health" OR "health cent*" OR "health facilit*" OR "health service*" OR "family clinic*") OR MAINSUBJECT.EXACT("Primary care"))	53
Scopus	TITLE-ABS-KEY("food security" OR "food insecurity" OR "food secure" OR "food-secure" OR "food insecure" OR "food-insecure" OR "food and nutrition security" OR "food and nutrition insecurity" OR "right to food" OR "right to adequate food" OR "right to healthy food" OR "right to nutrition" OR "right to adequate and healthy food" OR "lack of food" OR "food scarcity" OR "food deprivation" OR "food sovereign" OR hunger OR starvation OR famine*) AND TITLE-ABS-KEY("primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary health-care" OR "primary care" OR "community health" OR "village health" OR "health cent*" OR "health facilit*" OR "health service*" OR "family clinic*")	1643
Social Care Online	Abstract:"food security" OR "food insecurity" OR "food secure" OR "food-secure" OR "food insecure" OR "food-insecure" OR "food and nutrition security" OR "food and nutrition insecurity" OR "right to food" OR "right to adequate food" OR "right to healthy food" OR "right to nutrition" OR "right to adequate and healthy food" OR "lack of food" OR "food scarcity" OR "food deprivation" OR "food sovereign" OR hunger OR starvation OR famine* AND Abstract: "primary health care" OR "primary	40

	healthcare" OR "primary health-care" OR "primary care" OR "community health" OR "village health" OR "health cent*" OR "health facilit*" OR "health service*" OR "family clinic"	
Sociological Abstracts	(ti,ab,if("food security" OR "food insecurity" OR "food secure" OR "food-secure" OR "food insecure" OR "food-insecure" OR "food and nutrition security" OR "food and nutrition insecurity" OR "right to food" OR "right to adequate food" OR "right to healthy food" OR "right to nutrition" OR "right to adequate and healthy food" OR "lack of food" OR "food scarcity" OR "food deprivation" OR "food sovereign" OR hunger OR starvation OR famine*) OR MAINSUBJECT.EXACT("Food security")) AND (ti,ab,if("primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary health-care" OR "primary care" OR "community health" OR "village health" OR "health cent*" OR "health facilit*" OR "health service*" OR "family clinic") OR MAINSUBJECT.EXACT("Primary health care"))	61
Web of Science	Tópico: ("food security" OR "food insecurity" OR "food secure" OR "food-secure" OR "food insecure" OR "food-insecure" OR "food and nutrition security" OR "food and nutrition insecurity" OR "right to food" OR "right to adequate food" OR "right to healthy food" OR "right to nutrition" OR "right to adequate and healthy food" OR "lack of food" OR "food scarcity" OR "food deprivation" OR "food sovereign" OR hunger OR starvation OR famine*) AND Tópico: ("primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary health-care" OR "primary care" OR "community health" OR "village health" OR "health cent*" OR "health facilit*" OR "health service*" OR "family clinic")	565
OpenGrey	((abstract:"food security" OR "food insecurity" OR "food secure" OR "food-secure" OR "food insecure" OR "food-insecure" OR "food and nutrition security" OR "food and nutrition insecurity" OR "right to food" OR "right to adequate food" OR "right to healthy food" OR "right to nutrition" OR "right to adequate and healthy food" OR "lack of food" OR "food scarcity" OR "food deprivation" OR "food sovereign" OR hunger OR starvation OR famine*) OR (keyword:"food security" OR "food insecurity" OR "food secure" OR "food-secure" OR "food insecure" OR "food-insecure" OR "food and nutrition security" OR "food and nutrition insecurity" OR "right to food" OR "right to adequate food" OR "right to healthy food" OR "right to nutrition" OR "right to adequate and healthy food" OR "lack of food" OR "food scarcity" OR "food deprivation" OR "food sovereign" OR hunger OR starvation OR famine*)) AND ((abstract:"primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary health-care" OR	30

	"primary care" OR "community health" OR "village health" OR health cent* OR health facilit* OR health service* OR family clinic*) OR (keyword:"primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary health-care" OR "primary care" OR "community health" OR "village health" OR health cent* OR "health facilit* OR health service* OR family clinic*))	
OAIster	kw:("food security" OR "food insecurity" OR "food secure" OR "food-secure" OR "food insecure" OR "food-insecure" OR "food and nutrition security" OR "food and nutrition insecurity" OR "right to food" OR "right to adequate food" OR "right to healthy food" OR "right to nutrition" OR "right to adequate and healthy food" OR "lack of food" OR "food scarcity" OR "food deprivation" OR "food sovereign" OR hunger OR starvation OR famine*) AND ("primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary health-care" OR "primary care" OR "community health" OR "village health" OR "health cent*" OR "health facilit*" OR "health service*" OR "family clinic*")	12
TOTAL		4500

Figura 1. Instrumento de extração dos dados das publicações.

PERGUNTAS NORTEADORAS: Quais são as bases teóricas da produção científica sobre práticas de Segurança Alimentar e Nutricional realizadas na Atenção Primária à Saúde? Como a produção científica está permeável à noção de alimentação adequada como direito humano			
ORIENTAÇÕES: Procure ao máximo extrair as informações com as palavras do(s) autor(es) original(is), deixando os excertos entre aspas e apontando a página de onde a informação foi tirada. Neste sentido, a extração deve ser feita no mesmo idioma em que o texto se encontra disponível. Somente se for absolutamente necessário, deve-se fazer um síntese com suas próprias palavras.			
CÓDIGO	Autores	Título	Periódico
Bloco 1: Caracterização dos estudos			
Ano	País de origem do(s) autore(s)	Tipo de instituição do(s) autor(es)	Sujeito(s) do estudo
Descrição: Apresentar o ano em que o estudo foi publicado.	Descrição: Apresentar o país de origem de todos os autores (um por um) na ordem, de acordo com a instituição de afiliação. Indicar quem é o autor de correspondência.	Descrição: Apresentar o nome da instituição (universidade, instituto de pesquisa, ministério/secretaria de saúde, serviço de saúde, ONG, etc) de todos os autores (um por um) na ordem. Caso o autor esteja vinculado a mais de uma instituição, indicar todas.	Descrição: Extrair quem são os sujeitos estudados, como profissionais de saúde, usuários, gestores do serviço de saúde. É importante ainda extrair os detalhes destes sujeitos disponibilizados pelo autor (Ex: usuárias da APS, mulheres e diabéticas; profissionais de saúde, enfermeiros e médicos; etc). Incluir ainda possíveis detalhamentos do perfil da população usualmente atendida nos serviços de APS.
Bloco 2: Conceituação de Segurança Alimentar e Nutricional			
Base teórica para abordar a Segurança Alimentar e Nutricional	Conceituação explícita de Segurança Alimentar e Nutricional	Referencial teórico da conceituação explícita de Segurança Alimentar e Nutricional	Elementos do Direito Humano à Alimentação Adequada
Descrição: Extrair trechos que forneçam a justificativa para a abordagem da SAN na APS e a argumentação da importância deste problema. Use trechos originais do manuscrito, mas adicione comentários para indicar como você está interpretando o excerto.	Descrição: Extrair o trecho em que o(s) autor(es) descrevem/definem o significado de Segurança Alimentar e Nutricional ou o termo análogo que está abordado no manuscrito. Se a conceituação não estiver explícita, preencher "não se aplica".	Descrição: Providenciar a referência utilizada para descrever/definir a Segurança Alimentar (Ex: tratados e/ou comentários gerais da ONU, legislação local, outros estudos, etc). Se a conceituação não estiver explícita, preencher "não se aplica".	Descrição: Indicar se há presença de elementos do Direito Humano à Alimentação Adequada (adequação das necessidades dietéticas; disponibilidade de alimentos; acessibilidade econômica; acessibilidade física; sustentabilidade no acesso; estar livre de substâncias adversas; e aceitabilidade cultural), extraindo o(s) trecho(s) em que se encontram. Indicar qual elemento você está identificando no excerto apresentado. Notificar se não observar nenhum elemento do DHAA.

Referências bibliográficas das publicações incluídas:

- [1] Adams, E., Hargunani, D., Hoffmann, L., Blaschke, G., Helm, J., Koehler, A., 2017. Screening for food insecurity in pediatric primary care: A clinic's positive implementation experiences. *J. Health Care Poor Underserved* 28, 24–29. <https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0004>
- [2] Beck, A.F., Tschudy, M.M., Coker, T.R., Mistry, K.B., Cox, J.E., Gitterman, B.A., Chamberlain, L.J., Grace, A.M., Hole, M.K., Klass, P.E., Lobach, K.S., Ma, C.T., Navsaria, D., Northrip, K.D., Sadof, M.D., Shah, A.N., Fierman, A.H., 2016. Determinants of Health and Pediatric Primary Care Practices. *Pediatrics* 137, e20153673. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3673>
- [3] Beck, A.F., Henize, A.W., Kahn, R.S., Reiber, K.L., Young, J.J., Klein, M.D., 2014. Forging a pediatric primary care - Community partnership to support food-insecure families. *Pediatrics* 134, e564–e571. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3845>
- [4] Berkowitz, S.A., Hulberg, A.C., Hong, C., Stowell, B.J., Tirozzi, K.J., Traore, C.Y., Atlas, S.J., 2016. Addressing basic resource needs to improve primary care quality: A community collaboration programme. *BMJ Qual. Saf.* 25, 164–172. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004521>
- [5] Berkowitz, S.A., Hulberg, A.C., Standish, S., Reznor, G., Atlas, S.J., 2017. Addressing unmet basic resource needs as part of chronic cardiometabolic disease management. *JAMA Intern. Med.* 177, 244–252. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7691>
- [6] Borelli, M., Domene, S.M.Á., Mais, L.A., Pavan, J., Taddei, J.A. de A.C., 2015. A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. *Ciênc Saúde Colet* 20, 2765–2778.
- [7] Bottino, C.J., Rhodes, E.T., Kreatsoulas, C., Cox, J.E., Fleegler, E.W., 2017. Food Insecurity Screening in Pediatric Primary Care: Can Offering Referrals Help Identify Families in Need? *Acad. Pediatr.* 17, 497–503. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.10.006>
- [8] Bramwell, L., Foley, W., Shaw, T., 2017. Putting urban Aboriginal and Torres Strait Islander food insecurity on the agenda. *Aust. J. Prim. Health* 23, 415–419. <https://doi.org/10.1071/PY17073>
- [9] Brown, C.M., Samaan, Z.M., Morehous, J.F., Perkins, A.A., Kahn, R.S., Mansour, M.E., 2015. Development of a bundle measure for preventive service delivery to infants in primary care. *J. Eval. Clin. Pract.* 21, 642–648. <https://doi.org/10.1111/jep.12358>

- [10] Burkhardt, M.C., Beck, A.F., Conway, P.H., Kahn, R.S., Klein, M.D., 2012. Enhancing accurate identification of food insecurity using quality-improvement techniques. *Pediatrics* 129, e504–e510. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1153>
- [11] Carneiro, D.G. de B., Magalhães, K.L. de O., Vasconcelos, A.C.C.P. de, Cruz, P.J.S.C., 2010. O agente comunitário de saúde e a promoção da segurança alimentar e nutricional na estratégia saúde da família: reflexões a partir de uma experiência educativa. *Rev APS* 13.
- [12] Chung, E.K., Siegel, B.S., Garg, A., Conroy, K., Gross, R.S., Long, D.A., Lewis, G., Osman, C.J., Jo Messito, M., Wade, R., Jr., Shonna Yin, H., Cox, J., Fierman, A.H., 2016. Screening for Social Determinants of Health among Children and Families Living in Poverty: A Guide for Clinicians. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care* 46, 135–153. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.02.004>
- [13] Edmond, K.M., McAuley, K., McAullay, D., Matthews, V., Strobel, N., Marriott, R., Bailie, R., 2018. Quality of social and emotional wellbeing services for families of young Indigenous children attending primary care centers; a cross sectional analysis. *BMC Health Serv. Res.* 18, 100. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2883-6>
- [14] Feigelman, S., Dubowitz, H., Lane, W., Grube, L., Kim, J., 2011. Training pediatric residents in a primary care clinic to help address psychosocial problems and prevent child maltreatment. *Acad. Pediatr.* 11, 474–480. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2011.07.005>
- [15] Fierman, A.H., Beck, A.F., Chung, E.K., Tschudy, M.M., Coker, T.R., Mistry, K.B., Siegel, B., Chamberlain, L.J., Conroy, K., Federico, S.G., Flanagan, P.J., Garg, A., Gitterman, B.A., Grace, A.M., Gross, R.S., Hole, M.K., Klass, P., Kraft, C., Kuo, A., Lewis, G., Lobach, K.S., Long, D., Ma, C.T., Messito, M., Navsaria, D., Northrip, K.R., Osman, C., Sadof, M.D., Schickedanz, A.B., Cox, J., 2016. Redesigning Health Care Practices to Address Childhood Poverty. *Acad. Pediatr.* 16, S136–S146. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.01.004>
- [16] Fleegler, E.W., Lieu, T.A., Wise, P.H., Muret-Wagstaff, S., 2007. Families' health-related social problems and missed referral opportunities. *Pediatrics* 119, e1332–e1341. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1505>
- [17] Frazee, T., Lewis, V.A., Rodriguez, H.P., Fisher, E.S., 2016. Housing, transportation, and food: How ACOs seek to improve population health by addressing nonmedical needs of patients. *Health Aff. (Millwood)* 35, 2109–2115. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0727>
- [18] Garg, A., Butz, A.M., Dworkin, P.H., Lewis, R.A., Serwint, J.R., 2009. Screening for basic social needs at a medical home for low-income children. *Clin. Pediatr. (Phila.)* 48, 32–36. <https://doi.org/10.1177/0009922808320602>

- [19] Garg, A., Butz, A.M., Dworkin, P.H., Lewis, R.A., Thompson, R.E., Serwint, J.R., 2007. Improving the Management of Family Psychosocial Problems at Low-Income Children's Well-Child Care Visits: The WE CARE Project. *Pediatrics* 120, 547. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-0398>
- [20] Garg, A., Sarkar, S., Marino, M., Onie, R., Solomon, B.S., 2010. Linking urban families to community resources in the context of pediatric primary care. *Patient Educ. Couns.* 79, 251–254. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.011>
- [21] Garg, A., Boynton-Jarrett, R., Dworkin, P.H., 2016. Avoiding the Unintended Consequences of Screening for Social Determinants of Health. *JAMA* 316, 813–814. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.9282>
- [22] Garg, A., Toy, S., Tripodis, Y., Silverstein, M., Freeman, E., 2015. Addressing social determinants of health at well child care visits: A cluster RCT. *Pediatrics* 135, e296–e304. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2888>
- [23] Gausia, K., Thompson, S., Nagel, T., Rumbold, A., Connors, C., Matthews, V., Boyle, J., Schierhout, G., Bailie, R., 2013. Antenatal emotional wellbeing screening in Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care services in Australia. *Contemp. Nurse* 46, 73–82. <https://doi.org/10.5172/conu.2013.46.1.73>
- [24] Gibson, D.M., 2012. Screening for household food insecurity in primary care settings: A commentary. *Prev. Med.* 55, 223. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.07.001>
- [25] Gibson-Helm, M.E., Rumbold, A.R., Teede, H.J., Ranasinha, S., Bailie, R.S., Boyle, J.A., 2016. Improving the provision of pregnancy care for Aboriginal and Torres Strait Islander women: A continuous quality improvement initiative. *BMC Pregnancy Childbirth* 16. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0892-1>
- [26] Gilbert, A.L., Downs, S.M., 2015. Medical legal partnership and health informatics impacting child health: Interprofessional innovations. *J. Interprof. Care* 29, 564–569. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1029066>
- [27] Godecker, A.L., Harrison, P.A., Sidebottom, A.C., 2013. Nurse versus community health worker identification of psychosocial risks in pregnancy through a structured interview. *J. Health Care Poor Underserved* 24, 1574–1585. <https://doi.org/10.1353/hpu.2013.0164>
- [28] Grant, F., Levin, C., Machira, Y., Bocher, T., Low, J., Self, J., Brauw, A. de, Cole, D., Okuku, H.S., Girard, A.W., Okello, J., 2017. Community Health Workers: an essential but challenging component of an integrated agriculture-health program. Abstracts from the 1st International Symposium on Community Health Workers. *BMC Proc.* 11, 12.

- [29] Harrison, P.A., Sidebottom, A.C., 2008. Systematic prenatal screening for psychosocial risks. *J. Health Care Poor Underserved* 19, 258–276. <https://doi.org/10.1353/hpu.2008.0003>
- [30] Hassan, A., Blood, E., Pikcilingis, A., Feng, Y., Krull, E., McNickles, L., Marmon, G., Woods, E., Fleegler, E., 2011. Web-based screening and referral of adolescents' health related social problems. *J. Adolesc. Health* 48, s15.
- [31] Hassan, A., Blood, E.A., Pikcilingis, A., Krull, E.G., McNickles, L., Marmon, G., Wylie, S., Woods, E.R., Fleegler, E.W., 2013. Youths' health-related social problems: Concerns often overlooked during the medical visit. *J. Adolesc. Health* 53, 265–271. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.02.024>
- [32] Hoisington, A.T., Braverman, M.T., Hargunani, D.E., Adams, E.J., Alto, C.L., 2012. Health care providers' attention to food insecurity in households with children. *Prev. Med.* 55, 219–222. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.06.007>
- [33] Klein, M.D., Kahn, R.S., Baker, R.C., Fink, E.E., Parrish, D.S., White, D.C., 2011. Training in social determinants of health in primary care: does it change resident behavior? *Acad. Pediatr.* 11, 387–393. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2011.04.004>
- [34] Kleinman, R.E., Murphy, J.M., Wieneke, K.M., Desmond, M.S., Schiff, A., Gapinski, J.A., 2007. Use of a single-question screening tool to detect hunger in families attending a neighborhood health center. *Ambul. Pediatr. Off. J. Ambul. Pediatr. Assoc.* 7, 278–284. <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2007.03.005>
- [35] Lane, W.G., Dubowitz, H., Feigelman, S., Poole, G., 2014. The Effectiveness of Food Insecurity Screening in Pediatric Primary Care. *Int. J. Child Health Nutr.* 3, 130–138. <https://doi.org/10.6000/1929-4247.2014.03.03.3>
- [36] Lawrence, C.B., Okonye, J., 2017. Implementation of food insecurity screening in the primary care clinic. *Acad. Pediatr.* 17, e51–e52. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.04.144>
- [37] Lutwak, N., Dill, C., 2017. Homeless and Older Veterans May Be at Risk for Malnutrition and Food Insecurity. *Popul. Health Manag.* 20, 419. <https://doi.org/10.1089/pop.2017.0006>
- [38] Miller, E., Wieneke, K.M., Murphy, J.M., Desmond, S., Schiff, A., Canenguez, K.M., Kleinman, R.E., 2008. Child and parental poor health among families at risk for hunger attending a community health center. *J. Health Care Poor Underserved* 19, 550–561. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0008>
- [39] O'Toole, J.K., Burkhardt, M.C., Solan, L.G., Vaughn, L., Klein, M.D., 2012. Resident confidence addressing social history: is it influenced by availability of social and legal resources? *Clin. Pediatr. (Phila.)* 51, 625–631. <https://doi.org/10.1177/0009922812438081>

- [40] O'Toole, T.P., Roberts, C.B., Johnson, E.E., 2017. Screening for food insecurity in six veterans administration clinics for the homeless, june-december 2015. *Prev. Chronic. Dis.* 14. <https://doi.org/10.5888/pcd14.160375>
- [41] Page-Reeves, J., Kaufman, W., Bleecker, M., Norris, J., McCalmont, K., Ianakieva, V., Ianakieva, D., Kaufman, A., 2016. Addressing Social Determinants of Health in a Clinic Setting: The WellRx Pilot in Albuquerque, New Mexico. *J. Am. Board Fam. Med. JABFM* 29, 414–418. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.03.150272>
- [42] Palakshappa, D., Doupnik, S., Vasan, A., Khan, S., Seifu, L., Feudtner, C., Fiks, A.G., 2017a. Suburban families' experience with food insecurity screening in primary care practices. *Pediatrics* 140. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0320>
- [43] Palakshappa, D., Vasan, A., Khan, S., Seifu, L., Feudtner, C., Fiks, A.G., 2017b. Clinicians' perceptions of screening for food insecurity in suburban pediatric practice. *Pediatrics* 140. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0319>
- [44] Pereira, S.M.P.D., Brito, L.A.M.H. de, Palácio, M.A.V., Monteiro, M. da P.A., 2012. Operacionalização do sistema de vigilância alimentar e nutricional em Juazeiro do Norte, Ceará. *Rev Baiana Saúde Pública* 36.
- [45] Pooler, J.A., Hoffman, V.A., Karva, F.J., 2018. Primary Care Providers' Perspectives on Screening Older Adult Patients for Food Insecurity. *J. Aging Soc. Policy* 30, 1–23. <https://doi.org/10.1080/08959420.2017.1363577>
- [46] Ramos, C.I., Cuervo, M.R.M., 2012. Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano a alimentação adequada. *Ciênc Saúde Colet* 17, 2159–2168.
- [47] Rumbold, A.R., Bailie, R.S., Si, D., Dowden, M.C., Kennedy, C.M., Cox, R.J., O'Donoghue, L., Liddle, H.E., Kwedza, R.K., Thompson, S.C., Burke, H.P., Brown, A.D., Weeramanthri, T., Connors, C.M., 2011. Delivery of maternal health care in Indigenous primary care services: baseline data for an ongoing quality improvement initiative. *BMC Pregnancy Childbirth* 11, 16. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-16>
- [48] Samaan, Z.M., Brown, C.M., Morehous, J., Perkins, A.A., Kahn, R.S., Mansour, M.E., 2016. Implementation of a preventive services bundle in academic pediatric primary care centers. *Pediatrics* 137. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3136>
- [49] Saville, L., 2018. Pilot study: how Sydney community nurses identified food security, and student nurse focus group perceptions. *Aust. J. Adv. Nurs.* 35, 32–38.
- [50] Saxe-Custack, A., Lofton, H.C., Hanna-Attisha, M., Victor, C., Reyes, G., Ceja, T., LaChance, J., 2018. Caregiver perceptions of a fruit and vegetable prescription programme for low-

- income paediatric patients. *Public Health Nutr.* 21, 2497–2506. <https://doi.org/10.1017/S1368980018000964>
- [51] Shih, S.-C., Holben, D., Holcomb, J.P., 2004. Self-identified knowledge and practices of family physicians in Appalachian Ohio regarding food acquisition of patients. *J. Am. Diet. Assoc.* 104, 1718–1721. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2004.08.003>
- [52] Smith, S., Malinak, D., Chang, J., Perez, M., Perez, S., Settlekowski, E., Rodriggs, T., Hsu, M., Abrew, A., Aedo, S., 2017. Implementation of a food insecurity screening and referral program in student-run free clinics in San Diego, California. *Prev. Med. Rep.* 5, 134–139. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.12.007>
- [53] Starr, M.C., Fisher, K., Thompson, K., Thurber-Smith, K., Hingorani, S., 2018. A pilot investigation of food insecurity among children seen in an outpatient pediatric nephrology clinic. *Prev. Med. Rep.* 10, 113–116. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.02.019>
- [54] Teo, C.R.P.A., Ferraz, L., Cembranel, F., 2015. Agentes comunitários de saúde: percepções sobre alimentação no contexto da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Cuid. E Saúde* 14, 1229–1236. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i3.19381>
- [55] Vasconcelos, A.C.C.P., Pereira, I.D.F., Pedro Cruz, J.S.C., 2008. Práticas educativas em nutrição na atenção básica em saúde: reflexões a partir de uma experiência popular em João Pessoa - Paraíba. *Rev APS* 11.
- [56] Vieira, V.L., 2011. Segurança alimentar e nutricional em crianças no município de São Paulo: desafios na formação do nutricionista (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho fortalece a compreensão da SAN na APS sob a ótica do DHAA. Retomo, a partir deste ponto, o uso da primeira pessoa do singular, ainda que os dois artigos apresentados tenham sido construídos coletivamente. Segundo FLECK (2010), é impossível separar o autor de seu trabalho. No entanto, de forma geral, os cientistas tentam fazer desaparecer o caráter de personalidade de suas obras, inclusive através do uso do plural (FLECK, 2010). Deixando evidente a individualidade que permeia este trabalho, resgato as duas perguntas que servem de título para os artigos apresentados: “Como a atenção primária à saúde pode fortalecer a alimentação adequada enquanto direito na América Latina?”; “Estilos e coletivos de pensamento na produção científica sobre Práticas de Segurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde: há direitos humanos?”. Defendo, por um lado, que é possível e desejável que o arcabouço do direito à saúde seja utilizado para propor e rever práticas na APS na direção de realizar as obrigações dos Estados com o DHAA, especialmente em locais de desigualdades sociais estruturais. Por outro, concluo que os direitos humanos estão pouco presentes na produção científica sobre práticas de SAN na APS.

A compreensão que este trabalho fornece está centralizada em um ponto de vista: o do círculo esotérico dos produtores de conhecimento científico. Isso se dá em duas instâncias. A primeira é um ensaio produzido na academia sobre alternativas de atuação para os profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas visando o fortalecimento do DHAA através da APS. Em síntese, o círculo esotérico fornecendo sugestões ou possibilidades para o exotérico. O segundo ponto é especificamente o mapeamento da comunidade científica que investiga as práticas de SAN na APS e a partir de quais bases teóricas desenvolve essa tarefa. A descrição da permeabilidade da

noção de DHAA por esta coletividade adiciona uma camada interpretativa, de acordo com o referencial teórico adotado neste trabalho.

Nota-se que escolhi conduzir este trabalho através dos marcos internacionais de direitos humanos, notadamente dentro do sistema ONU. Como toda escolha teórica, esta implica alguns limites para o presente trabalho. Estes documentos, assim como a atuação da ONU como um todo, carregam as contradições de propor a realização de direitos humanos, muitas vezes incoerentes com o capitalismo, dentro do próprio sistema capitalista. No campo da SAN, vem-se optando pelo caminho de políticas públicas que não contestam as relações e estruturas geradoras do problema da IAN (RIBEIRO JUNIOR, 2015). As políticas públicas se edificam dentro do capitalismo e de acordo com os interesses e necessidades das classes dominantes (VIANA, 2006). Isso se dá porque a força de trabalho, ou seja, ou cidadãos precisam de condições mínimas de vida para exercer suas atividades de produção dentro do sistema ou para amenizar a tensão social existente entre o proletariado e a classe burguesa (VIANA, 2006). Políticas públicas que visam respeitar, proteger e efetivar os direitos humanos em algum momento encontrarão os limites desta abordagem, que estão impostos pelo sistema econômico vigente. De toda forma, no nível imediato de reivindicação do que BOBBIO (2004) designa como exigências da sociedade, este quadro teórico é o que, na minha interpretação, há de mais viável para promover a dignidade humana. Obviamente, para isso parte-se de uma visão contra-hegemônica de direitos humanos, que vise a emancipação dos povos, ainda que isso parece utópico, e não uma que reverbere os interesses do capital (SANTOS, 1997).

Dentro destes limites, a APS é um local que pode fortalecer o DHAA. Este espaço, inicialmente de efetivação do direito à saúde, também pode atuar pelo fortalecimento de outros direitos humanos. Usando elementos do direito à saúde (disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade) foram fornecidas alternativas para o respeito, proteção e efetivação do DHAA. Ressalto o caráter transgressor dos direitos humanos, notadamente dos direitos sociais,

pela possibilidade de dar voz aos silenciados, no sentido de possibilitar sua participação nas deliberações que afetam suas próprias vidas cotidianas (TELLES, 1999). Deste modo, o uso deste quadro teórico se torna ainda mais relevante em locais como o Brasil e demais países latino-americanos, em que a desigualdade social é um elemento estruturante das sociedades.

O ensaio sobre as alternativas para realização do DHAA através da APS se sustenta no potencial emancipador dos direitos humanos. Ainda que implicitamente, algumas medidas propostas na Figura 1 este artigo de opinião apresentam um caráter contra-hegemônico em relação ao capitalismo. Dentre elas destaco: “Eliminar taxas de pagamento por serviço na APS” no campo do respeito ao DHAA; “Criar mecanismos de exigibilidade do DHAA” no campo da proteção; e “Incluir discussões sobre questões sociais, pobreza e direitos na abordagem dos problemas alimentares”, no campo da efetivação. Todas as formulações propostas passam, entre outros pontos, pela criação de garantias orçamentárias, que é justamente onde se evidencia se há priorização da pauta na agenda política. Este é o ponto em que a realização do DHAA conflita com o capitalismo, ficando aprisionada na alçada das ambições. De toda forma, o arcabouço apresentado no Artigo 1 contribui para o ativismo pelo DHAA, seja no nível dos movimentos sociais, da formulação de políticas ou na academia.

Em contrapartida, são poucos as publicações sobre práticas de SAN na APS que entendem a SAN como espaço para superação de desigualdades e promoção dos direitos humanos. A SAN constitui uma temática construída, majoritariamente, dentro do círculo exotérico de produção de saberes, como organismos internacionais e instituições de ativismo e defesa dos direitos humanos. O esotérico dos cientistas da saúde pública internaliza a questão da SAN, juntamente com a disputa conceitual que ela carrega, e produz um outro tipo de conhecimento a respeito da temática. Este tráfego intercoletivo do exotérico para o esotérico acontece por três vias ou três bases teóricas: IAN

causando riscos para a saúde; SAN como um determinante social da saúde; e SAN como a realização de um direito humano.

O estilo de pensamento do risco é um modo de construção do conhecimento científico muito forte dentro da saúde pública. Neste caso, há uma heterogeneidade grande ao conceituar a SAN, incluindo definições bastante simplistas. A lógica do risco vem acompanhada de esvaziamento de explicações para as associações entre os fatores estudados e os desfechos de saúde (KRIEGER, 1994). A rarefação teórica é um traço característico da epidemiologia do risco que, ao ampliar o escopo de possibilidades de investigação através do probabilismo, perde profundidade analítica (AYRES, 2008; AYRES, 2011).

A segunda via de apropriação da SAN pelos acadêmicos é a dos determinantes sociais da saúde. Esta teoria busca explicar os problemas de saúde na perspectiva de que a sua origem está na forma como as sociedades se conformam e nas consequências que esses modos de vida têm para a saúde dos indivíduos (BRAVEMAN et al., 2011). Este modo de pensar se conforma na comunidade científica, com certa permeabilidade em outras instâncias, como a OMS (MARMOT, 2005). De todo modo, é um estilo de pensamento característico da área da saúde pública. Os autores deste estilo de pensamento partem de conceituações também diversas de SAN, incluindo concomitantemente poucos elementos que qualificam a SAN.

Nestes dois caminhos de internalização da SAN pela academia (risco e determinantes sociais da saúde), se ressignifica a SAN a partir das lentes da saúde, mais especificamente do fazer ciência em saúde pública. Neste tráfego, se esquecem (ou omitem) elementos da trajetória deste conceito dentro do círculo exotérico, culminando em interpretações incompletas da SAN no momento histórico em que foram produzidas. Destaco que a publicação mais antiga sobre práticas de SAN na APS data de 2004. A Cúpula Mundial da Alimentação, central para a ampliação conceitual de SAN, ocorreu em 1996 (FAO, 1996). Parece-me, portanto, que a escolha de

definições mais rudimentares não é um lapso histórico, mas sim um posicionamento diante da temática.

O terceiro caminho de abarcar a SAN nas pesquisas sobre práticas na APS é através dos direitos humanos. A alimentação aqui é colocada neste grande rol de bens desejáveis para uma vida digna, em um dado momento histórico (BOBBIO, 2004). Este não é um olhar originalmente da saúde pública ou mesmo da ciência. As conceituações de SAN utilizadas neste estilo de pensamento são mais ricas de elementos qualificadores simultaneamente. Sendo assim, se incorpora melhor as discussões e a evolução conceitual da SAN que vem se dando há décadas no círculo das políticas e da opinião pública.

Este círculo esotérico científico interessado nas práticas de SAN na APS é formado por indivíduos de instituições variadas, concentradas em três países: EUA, Austrália e Brasil. Este é um tema que interessa a mais atores que a comunidade acadêmica, portanto, outros sujeitos estão participando da produção do conhecimento científico, além dos cientistas no senso estrito. Nos coletivos do risco e dos determinantes sociais há maior variabilidade nos tipos de instituições de afiliação dos autores. No primeiro há predomínio de universidades e no segundo de serviços de saúde. Já no coletivo dos direitos humanos as universidades são quase a totalidade. Diante disso, os trabalhos acadêmicos e revistas científicas são palco para discussões envolvendo também os não cientistas. No mundo globalizado, acontece não só a circulação de ideias, apontada por FLECK (2010), mas também a circulação de pessoas. Além de haver uma maior fluidez na aproximação entre as instituições, os próprios indivíduos migram de posição institucional de forma mais ágil do que no momento histórico em que Fleck escreveu sua obra. Por exemplo, em um momento um sujeito pode estar vinculado a uma universidade e em outro momento o mesmo sujeito pode passar a atuar em secretarias de saúde, organismos internacionais, ONGs, entre outros. Ou seja, há uma certa liquidez entre o que constitui o círculo esotérico e o exotérico dentro desta temática.

Historicamente, os direitos sociais, como a alimentação e a saúde foram relegados a posições coadjuvantes dentre os direitos humanos (ALSTON, 2017). Estes direitos demandam um movimento positivo dos Estados na direção de sua efetivação, ou seja, esforços e investimentos para sua concretização, e não apenas abstenção de certos comportamentos, como no casos dos direitos associados às liberdades, ou negativos (BOBBIO, 2004). O argumento da inexequibilidade dos direitos sociais pela necessidade de recursos para sua implementação foi muito disseminado (ALSTON, 2017). No entanto, este autor argumenta que todos os direitos humanos demandam recursos e que esse movimento de depreciação dos direitos sociais se dá por interesse das elites econômicas.

O momento histórico em que este trabalho foi produzido demanda uma reflexão adicional. O mundo está passando por uma era de encolhimento dos direitos humanos. A eleição do presidente Trump, nos EUA, com traços de autoritarismo, xenofobia, misoginia e com uma agenda explícita contra os direitos humanos demonstra isso (ALSTON, 2017). Infelizmente, este movimento não está restrito aos EUA (ALSTON, 2017). Ao contrário, esta onda conservadora autoritária, claramente interessada em cessar os direitos humanos e calar seus defensores, está presente em vários países (ALSTON, 2017).

Obviamente, preciso fazer uma nota do que está acontecendo no Brasil. O presidente recém-empossado, Bolsonaro, encorpa este conjunto de líderes autoritários. Suas manifestações públicas explicitam, desde a campanha, sua ojeriza pelos direitos humanos, ou pelo menos pela maior parte deles ². Para a questão da alimentação, em poucas horas de governo, extinguiu o CONSEA, que era a principal instância de participação social dentro da temática da SAN (BRASIL, 2019).

² O presidente Bolsonaro frequentemente recorre à noção de liberdade de expressão para justificar suas falas. Adicionalmente, defende fortemente a ideia de propriedade privada. Ambos são direitos humanos, presentes na DUDH. Portanto, ele não se opõe a todos os direitos humanos.

Afortunadamente, esta decisão está sendo contestada pela sociedade civil e acadêmicos, conquistando visibilidade na grande mídia (RECINE et al., 2019; GAMA, 2019; JAIME, 2019). O fechamento das instâncias de participação da sociedade civil, essencial no quadro dos direitos humanos, vem se tornando uma marca destes governos conservadores (ALSTON, 2017). Essa cruzada contra os direitos sociais não ganhou força só agora. Após o golpe sofrido pela presidenta Dilma, as reformas do substituto Temer, como a trabalhista e da previdência, atacam incisivamente os direitos sociais. O congelamento dos gastos públicos por 20 anos anula qualquer possibilidade de bem-estar social, em virtude dos interesses de mercado (ALSTON, 2017). Tal cenário explicita os enfrentamento e resistências sociais que serão necessários para pautar a efetivação dos direitos humanos.

Alguns dizem que, no contexto atual, os direitos sociais estão ameaçados. Eu diria que eles já foram condenados. Bobbio argumentou, poucas décadas atrás, que o problema corrente sobre os direitos humanos não estaria mais em sua defesa no sentido de justificá-los, pois já haveria uma coesão no sentido de sua plausibilidade, mas sim de protegê-los (BOBBIO, 2004). O momento atual demonstra, no entanto, a necessidade de dar um passo atrás e voltar a esclarecer e legitimar a importância dos direitos humanos. Acredito que este trabalho contribua neste sentido, ainda que para o escopo restrito do DHAA e da APS.

Falar sobre APS como cenário para abordar a SAN implica refletir sobre o significado deste contexto. Ainda que a Declaração de Alma-Ata seja um marco central para o desenvolvimento e fortalecimento deste nível de atenção à saúde, a concretização da APS está permeada por particularidades locais e questões contextuais. Embora este não seja o ponto nuclear do trabalho, é preciso sublinhar a existência de uma disputa também em torno da APS. Um exemplo é a divergência estabelecida a partir da criação do modelo de APS seletiva, mais restrita e focalizada em determinados serviços e tecnologias, quando comparada com modelo compreensivo inicial,

acusado de ser demasiadamente abrangente e idealista (CUETO, 2004). Em relação à conformação da APS como componente dos sistemas de saúde, os países concretizaram tanto modelos fragmentados e orientados pela lógica de mercado, quanto modelos predominantemente públicos, com foco na territorialização e articulação entre ações coletivas e individuais (RAMÍREZ et al., 2016). A recente Declaração de Astana (WHO, 2018), construída a partir da Conferência Global sobre APS, carrega uma contradição sobre a conformação da APS. Ao mesmo tempo em que coloca a cobertura universal de saúde como seu alicerce, flexibiliza a questão do financiamento da APS. Ao focar na sustentabilidade e viabilidade dos sistemas de saúde com alocação de recursos adaptada ao contexto local, abre margem para modelos que podem obstruir diretamente a efetivação do seu principal pilar. Existem disputas teóricas e políticas em torno da APS refletem na forma como o cuidado se concretiza, o que inclui as práticas de SAN.

Finalmente, faço um apontamento sobre a escolha pelo referencial teórico dos direitos humanos neste trabalho. FLECK (2010) aponta que a introdução de um aprendiz em uma determinada área científica passa por um movimento coercitivo do estilo de pensamento. Essa coerção do pensamento leva o novato a uma “condução para dentro” do coletivo, de forma que ele assimila o estilo e os pressupostos que o compõem (FLECK, 2010). Neste sentido, a utilização do quadro dos direitos humanos neste trabalho para analisar este objeto não é uma mera coincidência ou fruto da casualidade. No campo da SAN, a perspectiva teórica dos direitos humanos é hegemônica no momento histórico e local em que este trabalho foi produzido.

Este trabalho resgata o potencial da APS na disputa pelos direitos humanos. A Declaração de Alma-Ata, como documento sistematizador da APS, reavivou a saúde como um direito e as obrigações das nações para atingir esta meta social global na época (GOSTIN et al., 2018). Hoje é possível afirmar que este é um cenário do cuidado em saúde capaz de fortalecer também outros direitos humanos indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados com o direito à saúde. Esta

perspectiva teórica pode não ser necessariamente a mais acertada para lidar com a problemática da SAN. No entanto, seguramente ela resgata a aspiração por uma sociedade mais justa e igualitária como horizonte ético das práticas de SAN da APS.

6. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. de F. M. de. 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**, v. 22, n. 6, p. 895–903, dez. 2009.

ALSTON, P. The populist challenge to human rights. **Journal of Human Rights Practice**, v. 9, n. 1, p. 1–15, 2017.

ANDERMANN, A. Screening for Social Determinants of Health in Clinical Care: Moving from the Margins to the Mainstream. **Public health reviews**, v. 39, p. 19, 2018.

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: Towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice**, v. 8, n. 1, p. 19–32, 2005.

ARRUDA, I. K. G. de; ARRUDA, B. K. G. de. Nutrição e desenvolvimento. **Cad. saúde pública**, v. 10, n. 3, p. 392–7, set. 1994.

AYRES, J. R. de C. M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

AYRES, J. R. de C. M. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 7, p. 1301–1311, jul. 2011.

AYRES, J. R. de C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA JUNIOR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da História Natural da Doença ao quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. In: **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde - Livro I: Da doença à cidadania**. 1. ed. Curitiba: Juruá, 2012. 1p. 71–94.

BECK, A. F. et al. Forging a pediatric primary care - Community partnership to support food-insecure families. **Pediatrics**, v. 134, n. 2, p. e564–e571, 2014.

BERKOWITZ, S. A. et al. Addressing basic resource needs to improve primary care quality: A community collaboration programme. **BMJ Quality and Safety**, v. 25, n. 3, p. 164–172, 2016.

BOBBIO, N. **Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. Lei Nº 11.346, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006 - Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. 2006.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. 2010.

BRASIL. 870. Medida Provisória n. 870, de 01 de janeiro de 2019. 2019.

BRAVEMAN, P.; EGERTER, S.; WILLIAMS, D. R. The Social Determinants of Health: Coming of Age. **Annual review of public health**, v. 32, p. 381–398, 2011.

BURITY, V. et al. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília: Abrandh, 2010. v. 104

BURLANDY, L. A atuação da sociedade civil na construção do campo da Alimentação e Nutrição no Brasil: elementos para reflexão. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 16, n. 1, p. 63–72, jan. 2011.

CANELLA, D. S.; SILVA, A. C. F. da; JAIME, P. C. Produção científica sobre nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 18, n. 2, p. 297–308, fev. 2013.

CARNEIRO, D. G. de B. et al. O agente comunitário de saúde e a promoção da segurança alimentar e nutricional na estratégia saúde da família: reflexões a partir de uma experiência educativa. **Rev. APS**, v. 13, n. 4, dez. 2010.

CARNEIRO JÚNIOR, N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cad Saude Publica**, v. 19, n. 6, p. 1827–1835, dez. 2003.

CASTRO, J. **Geografia da fome**. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

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

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 11, p. 1864–1874, 2004.

FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. 1ª ed. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO). COMMITTEE ON WORLD FOOD SECURITY (CFS). **Coming to terms with terminology: Food Security, Nutrition Security, Food Security and Nutrition, Food and Nutrition Security**, 2012. Disponível em: <<http://www.fao.org/docrep/meeting/026/MD776E.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO). **Declaração de Roma Sobre a Segurança Alimentar Mundial e Plano de Ação da Cimeira Mundial da Alimentação. World Food Summit, FAO, Rome.**, 1996. Disponível em: <<http://www.fao.org/docrep/003/w3613p/w3613p00.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO). **Declaration of the world summit on food security**. [s.l.] World Summit on Food Security Rome, 2009.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Second International Conference on Nutrition. Conference Outcome Document: Rome Declaration on Nutrition**, 2014. Disponível em: <<http://www.fao.org/about/meetings/icn2/en/>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Symposium on Sustainable Food Systems for Healthy Diets and Improved Nutrition: key messages**, 2016. Disponível em: <<http://www.fao.org/3/i8189en/I8189EN.PDF>>.

GAMA, M. Banquetão dá comida de graça na rua e pede a volta do Consea. **Folha de São Paulo**, 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/maragama/2019/02/banquetaco-da-comida-de-graca-na-rua-e-pede-a-volta-do-consea.shtml>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

GEORGE, S. **O Mercado da Fome**. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. v. 27

GIBSON, M. Food Security-A Commentary: What Is It and Why Is It So Complicated? **Foods (Basel, Switzerland)**, v. 1, n. 1, p. 18–27, 3 dez. 2012.

GOSTIN, L. O. et al. 70 years of human rights in global health: drawing on a contentious past to secure a hopeful future. **The Lancet**, 9 dez. 2018. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618329970>>.

GOTTLIEB, L. M.; WING, H.; ADLER, N. E. A Systematic Review of Interventions on Patients' Social and Economic Needs. **American journal of preventive medicine**, v. 53, n. 5, p. 719–729, nov. 2017.

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

INSTITUTO INTERNACIONAL DE PESQUISA SOBRE POLÍTICAS ALIMENTARES. **Relatório sobre a Nutrição Mundial 2016: da Promessa ao Impacto: Erradicar a Má Nutrição até 2030**. Washington, , 2016. . . Acesso em: 20 jan. 2019.

JAIME, P. C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. nutr**, v. 24, n. 6, p. 809–824, dez. 2011.

JAIME, P. C. **Fim do Consea altera política de segurança alimentar**, 2019. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/atualidades/fim-do-consea-altera-politica-de-seguranca-alimentar/>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

JONASSOHN, K. Famine, genocide, and refugees. **Society**, v. 30, n. 6, p. 72–76, 1993.

KLEINMAN, R. E. et al. Use of a Single-Question Screening Tool to Detect Hunger in Families Attending a Neighborhood Health Center. **Ambulatory pediatrics : the official journal of the Ambulatory Pediatric Association**, v. 7, n. 4, p. 278–284, ago. 2007.

KRIEGER, N. Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? **Social Science and Medicine**, v. 39, n. 7, p. 887–903, 1994.

LEÃO, M. M.; CASTRO, I. R. de. Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição. In: **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu, 2007. p. 519–541.

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**, v. 22, n. 2, p. 692–705, 2015.

MALUF, R.; REIS, M. C. Conceitos e princípios de segurança alimentar e nutricional. In: **Segurança alimentar e nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 15–42.

MALUF, R. S. **Segurança Alimentar e Nutricional**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MARCHIONE, T. J. The right to food in the post-Cold War era. **Nutrition and human rights**, v. 21, n. 1, p. 83–102, 1 mar. 1996.

MARCHIS, E. et al. **Addressing food insecurity in health care settings: a review of the evidence**, 2018. Disponível em: <http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42018082622>.

MARMOT, M. Social Determinants of Health Inequalities. **Lancet (London, England)**, v. 365, n. 9464, p. 1099–1104, 19 mar. 2005.

O'HARE, B. A.-M.; DEVAKUMAR, D.; ALLEN, S. Using international human rights law to improve child health in low-income countries: A framework for healthcare professionals. **BMC International Health and Human Rights**, v. 16, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84966351818&doi=10.1186%2fs12914-016-0083-1&partnerID=40&md5=0799f4cee344ee901be8c0420a555b8b>>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **United Nations Decade of Action on Nutrition**, 2016. . Disponível em: <<https://www.who.int/nutrition/decade-of-action/en/>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

PALAKSHAPPA, D. et al. Clinicians' perceptions of screening for food insecurity in suburban pediatric practice. **Pediatrics**, v. 140, n. 1, 2017.

PEREIRA, S. M. P. D. et al. Operacionalização do sistema de vigilância alimentar e nutricional em Juazeiro do Norte, Ceará. **Rev. baiana saúde pública**, v. 36, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n2/a3256.pdf>>.

PETERS, M. et al. Chapter 11: Scoping Reviews. In: **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual**. [s.l.] The Joanna Briggs Institute, 2017.

PINSTRUP-ANDERSEN, P. Food security: definition and measurement. **Food Security**, v. 1, n. 1, p. 5–7, 1 fev. 2009.

RAMÍREZ, N. A. et al. Mapping primary health care renewal in South America. **Family Practice**, v. 33, n. 3, p. 261–267, 2016.

RAPHAEL, D. Social Determinants of Health: Present Status, Unanswered Questions, and Future Directions. **International journal of health services : planning, administration, evaluation**, v. 36, n. 4, p. 651–677, 2006.

RECINE et al. Extinção do Consea: comida de verdade e cidadania golpeadas. **Le monde diplomatique Brasil**, 2019. Disponível em: <<https://diplomatie.org.br/extincao-do-consea-comida-de-verdade-e-cidadania-golpeadas/>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

RIBEIRO JUNIOR, J. R. S. **Alienação das práticas alimentares e urbanização: uma análise da alimentação da classe trabalhadora em São Paulo**. 2015. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Acesso em: 20 jan. 2019.

RIGON, S. do 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 Saude Publica**, v. 32, n. 3, p. e00164514–e00164514, 2016.

SANTOS, B. de S. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 48, p. 11–32, 1997.

SAVILLE, L. Pilot study: how Sydney community nurses identified food security, and student nurse focus group perceptions. **Australian Journal of Advanced Nursing**, v. 35, n. 3, p. 32–38, 2018.

SILVA, A. C. F. et al. History and Challenges of Brazilian Social Movements for the Achievement of the Right to Adequate Food. **Global public health**, p. 1–9, 1 mar. 2018.

TELLES, V. da S. **Direitos sociais: afinal do que se trata?** Belo Horizonte: UFMG, 1999.

UNITED NATIONS. **International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights**, 1966. . Disponível em: <<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>>.

UNITED NATIONS. COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS. **Summary record of the 16th meeting. General Discussion: “normative content of the right to food” (Article 11 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)**, 1997. . Disponível em: <<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G97/195/59/PDF/G9719559.pdf?OpenElement>>. Acesso em: 7 jan. 2019.

UNITED NATIONS. COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS. **General Comment No. 12: The right to adequate food.**, 1999. . Disponível em: <http://www.fao.org/fileadmin/templates/righttofood/documents/RTF_publications/EN/General_Comment_12_EN.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2019.

UNITED NATIONS. COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS. **General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health**, 2000. . Disponível em: <<https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>>. Acesso em: 8 jan. 2019.

UNITED NATIONS. COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS. **Membership from 1986 to 2017**, 2017. . Disponível em: <<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CESCR/Pages/Membership.aspx>>. Acesso em: 7 jan. 2019.

UNITED NATIONS. OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS. **The right to adequate food. Fact Sheet No. 34.**, 2010. . Disponível em: <<https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34en.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

VALENTE, F. L. S. Segurança Alimentar e Nutricional: transformando natureza em gente. In: VALENTE, F. L. S. (Ed.). **Direito Humano à Alimentação – desafios e conquistas**. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 103–136.

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

VASCONCELOS, F. de A. G. de. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**, v. 18, p. 439–457, 2005.

VASCONCELOS, F. de A. G. de et al. Public policies of food and nutrition in Brazil: From Lula to Temer. **Revista de Nutrição**, v. 32, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732019000100301&nrm=iso>.

VIANA, N. A constituição das políticas públicas. **Revista Plurais (Online)**, v. 1, p. 94–112, 2006.

WALLEY, J. et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. **The Lancet**, v. 372, n. 9642, p. 1001–1007, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978**, 1978. . Disponível em: <www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 11 dez. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaration of Astana**, 2018. . Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

7. ANEXOS

Currículos Lattes

Fernanda Cangussu Botelho

Bolsista de Mestrado do CNPq

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/3847334975928866>

Última atualização do currículo em 25/02/2019

Nutricionista pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Atualmente mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Pública pela mesma instituição. Realizou intercâmbio durante a graduação na Universidade do Porto durante entre setembro de 2012 e fevereiro de 2013 com a Bolsa Mérito Acadêmico da Reitoria da Universidade de São Paulo. Realizou iniciação científica financiada pelo CNPq (2013/2014 e 2014/2015) sobre educação nutricional na Atenção Primária à Saúde no município de São Paulo, junto ao grupo de pesquisa "Segurança Alimentar e Nutricional: formação e atuação profissional". Participou de eventos como o 13º Congresso Paulista de Saúde Pública, 11º e 12º Congresso Internacional Rede Unida, do XXIII Congresso Brasileiro de Nutrição, do III Encontro Nacional de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional, tendo apresentado trabalhos em ambos. Realizou estágio de pesquisa no ano de 2015 através da instituição canadense Mitacs na University of Northern British Columbia na área de qualidade de vida de indivíduos institucionalizados com financiamento da Capes. Atualmente colaboro com o grupo de pesquisa Juventude, Sexualidade e Intervenções, coordenado pelos professores Ivan França Junior e Cristiane da Silva Cabral, na FSP-USP. Atuo em pesquisas sobre atenção primária à saúde, direitos humanos e saúde, segurança alimentar e nutricional, educação alimentar e nutricional e evidência científica em saúde pública. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Fernanda Cangussu Botelho
Nome em citações bibliográficas	BOTELHO, F. C.;BOTELHO, FERNANDA CANGUSSU

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo. Av Doutor Arnaldo, 715 Cerqueira César 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617848
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

2017	Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Segurança Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde: um olhar a partir dos direitos humanos, Orientador: Ivan França Junior. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.
2016 interrompida	Especialização interrompida em 2016 em Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso. (Carga Horária: 1536h). Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil. Bolsista do(a): Ministério da Saúde, MS, Brasil.
2011 - 2015	Ano de interrupção: 2016 Graduação em Nutrição. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
2012 - 2013	Graduação em nutrição. Universidade do Porto, U.PORTO, Portugal. Bolsista do(a): Reitoria da Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Formação Complementar

Ivan França Junior

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5796097952164848>
Última atualização do currículo em 25/09/2018

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1984), é mestre (1993) e doutor (1998) em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. É Livre Docente pelo Departamento de Saúde Materno-Infantil (2010) da Faculdade de Saúde Pública (FSP-USP). É professor titular no Depto de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade (antigo Saúde Materno-Infantil) na FSP/USP, com dedicação integral à docência e à pesquisa. Em pesquisa, coordena e integra equipes brasileiras ou internacionais na área de saúde pública/saúde coletiva que, por meio de abordagens epidemiológicas e de direitos humanos, focam temas de saúde de crianças, adolescentes e jovens, da epidemia de HIV e aids e também em violência física/sexual e gênero. Vem incrementando a pesquisa e ensino na área de de informação e comunicação científicas. Participa de cinco grupos de pesquisa cadastrados no CNPq. Atuou como Editor Associado na Revista de Saúde Pública (2007-2016) e da Revista Brasileira de Epidemiologia (ad hoc). Atua como editor sênior da revista Global Public Health. No ensino de pós-graduação, além de orientador de mestrado e doutorado, participou da coordenação, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FSP/USP (PPG-SP), do projeto de cooperação acadêmica entre esse programa e o Programa de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (Edital CAPES PROCAD 2007). Foi vice-coordenador do PPG-SP por dois mandatos. Foi membro da Comissão de Avaliação da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da CAPES no triênio 2007-2009. No ensino de graduação, ministra disciplinas, para estudantes de nutrição e saúde pública, relacionadas a ciclos de vida e saúde, evidências em saúde pública e introdução à pesquisa científica. Desde 2016, exerce a presidência da Comissão de Graduação da FSP/USP. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Ivan França Junior
Nome em citações bibliográficas	FRANÇA JUNIOR, I.;França-Junior, Ivan;França I;França Junior, Ivan;França-Jr, Ivan;FRANÇA JÚNIOR, IVAN;FRANCA-JUNIOR, IVAN;FRANÇA, IVAN;FRAN'CA-JUNIOR, IVAN;FRAN'A-JUNIOR, IVAN

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. Av. Dr. Arnaldo 715 2o. andar sala 218 Cerqueira Cesar 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617127 Fax: (11) 30850240 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br/site/docentes/index/7
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1995 - 1998	Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) [Sp-Capital]. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Mudança secular das estaturas de jovens na cidade de São Paulo, 1950-1976: uma abordagem para discutir a saúde, Ano de obtenção: 1998. Orientador: Guilherme Rodrigues da Silva. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: Epidemiologia; Estatura Corporal; Tendência Secular. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Saúde Humana.
1988 - 1993	Mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) [Sp-Capital]. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.