

MARIANA DE ARAUJO FERRAZ

O Papel do Estado na Prevenção da Obesidade Infantil:
enfoque em medidas para desestimular o consumo de alimentos não saudáveis

Tese de Doutorado

Orientador: Professor Titular Dr. Dalmo de Abreu Dallari

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE DIREITO
São Paulo-SP
2020

MARIANA DE ARAUJO FERRAZ

O Papel do Estado na Prevenção da Obesidade Infantil:

enfoque em medidas para desestimular o consumo de alimentos não saudáveis

Versão Corrigida

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Direito, da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Direito, na área de concentração de Direito do Estado, sob orientação do Prof. Titular Dr. Dalmo de Abreu Dallari.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE DIREITO
São Paulo-SP
2020

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
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo

Ferraz, Mariana de Araujo

O Papel do Estado na Prevenção da Obesidade Infantil: enfoque em medidas para desestimular o consumo de alimentos não saudáveis ; Mariana de Araujo Ferraz ; orientador Dalmo de Abreu Dallari -- São Paulo, 2020.

325

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Direito do Estado) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2020.

1. Obesidade. 2. Direitos humanos. 3. Direito à saúde. 4. Prevenção de doenças. 5. Regulamentação comercial. I. de Abreu Dallari, Dalmo, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

FERRAZ, Mariana de Araujo. **O papel do Estado na prevenção da obesidade infantil: enfoque em medidas para desestimular o consumo de alimentos não saudáveis.** 325 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

Tese apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Direito. Área de concentração de Direito do Estado

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Professor Titular Dr. Dalmo de Abreu Dallari (Presidente da Banca e Orientador)

Prof.(a) Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Ao Fabio, minha inspiraçaõ, minha fortaleza,
só tinha de ser pra você

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dalmo de Abreu Dallari, que com seu aceite para orientação desse trabalho, abriu caminhos perenes para minha dedicação acadêmica e profissional no campo da defesa do direito humano à alimentação e da saúde alimentar infantil.

À Professora Sueli Gandolfi Dallari, pelas valiosas lições na disciplina cursada na Faculdade de Saúde Pública da USP, e pelo apoio e atenção sempre presentes.

À Faculdade de Direito do Largo São Francisco e à Universidade de São Paulo, responsável por minha formação desde a graduação, mestrado e agora doutorado, garantindo ensino público, gratuito e de qualidade, e possibilitando a interdisciplinaridade necessária para que a pesquisa jurídica interaja mais fortemente com outras áreas do saber, como as de Nutrição e Saúde Pública.

A todos os colegas de trabalho, acadêmicos e ativistas que atuam por relações mais justas no campo alimentar e pela proteção da alimentação adequada e saudável para toda população.

Aos amigos de pós-graduação, pelo companheirismo e suporte mútuo durante essa jornada, em particular agradeço a Maria Cecília Asperti, Letícia Martins, Norton Zardo, Vivian Calderoni, Mariana dos Anjos, Pedro Gonzaga, Natali dos Santos, Gabriela Saab, Ekaterine Karageorgiadis, Pedro Hartung e Caroline T. Jorge.

A minha família, pela compreensão e carinho, fonte de energia para seguir em frente sempre.

RESUMO

FERRAZ, Mariana de Araujo. **O papel do Estado na prevenção da obesidade infantil: enfoque em medidas para desestimular o consumo de alimentos não saudáveis.** 325 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

A presente tese estrutura-se em torno da seguinte questão-lide: qual é o papel do Estado e do Direito na prevenção da obesidade infantil? Por meio de um aproximação interdisciplinar entre as áreas de Nutrição, Saúde Pública e Direito, em particular Direitos Humanos no marco de proteção à infância, Direito Constitucional e Direitos do Consumidor, propõe-se uma jornada investigativa que parte do esclarecimento sobre a obesidade e doenças crônicas não transmissíveis correlacionadas como um problema de saúde pública. Desse ponto de partida, destaca-se a conformação dos ambientes obesogênicos cujos determinantes comerciais incluem práticas de mercado que promovem o consumo de produtos alimentícios ultraprocessados e contribuem para dietas não saudáveis e obesidade. Ao identificar os fatores promotores da epidemia de obesidade em nível populacional, a pesquisa é direcionada para o universo das recomendações expedidas pelos principais organismos internacionais de saúde, de forma a destacar-se aquelas direcionadas ao Estado para adoção de medidas regulatórias que desestimulem o consumo de produtos alimentícios que colaboram para dietas não saudáveis. Um olhar especial é dedicado às medidas avaliadas como mais custo-efetivas, quais sejam, regulação do ambiente alimentar escolar, da publicidade, da rotulagem e tributação de bebidas açucaradas e de alimentos que favorecem o ganho de peso. Adentra-se, então, em reflexões sociológicas e jurídicas para compreensão das demandas por segurança no âmbito alimentar emanantes da sociedade de risco global, e respectivos impactos na esfera de deveres do Estado e direitos fundamentais, em particular dos direitos à saúde e à alimentação da criança. Os limites de atuação do Estado e o embate de direitos envolvendo a livre-iniciativa é posto em debate. Finalmente, a tese comenta a situação e possibilidade jurídica no ordenamento brasileiro das recomendações de medidas regulatórias sobre o mercado de alimentos, trazendo uma investigação de direito comparado nos países das Américas sobre a normativa recomendada para prevenção da obesidade infantil. A tese procura apontar o (des)cumprimento pelo Estado Brasileiro de suas obrigações de proteção à saúde da infância sob essa ótica, e objetiva esclarecer critérios e caminhos possíveis para decisores políticos, operadores do direito e acadêmicos atuarem em prol do melhor interesse da criança e da sociedade como um todo.

Palavras-chave: Obesidade infantil. Prevenção de doenças. Ambiente obesogênico. Alimentos ultraprocessados. Regulação. Alimentação escolar. Publicidade. Tributação de bebidas açucaradas. Rotulagem de alimentos. Direitos humanos. Direitos fundamentais. Direito à saúde. Direito à alimentação.

ABSTRACT

FERRAZ, Mariana de Araujo. **The role of the State to prevent childhood obesity: focus on measures to discourage consumption of unhealthy foods.** 325 p. PhD Thesis – Law School, University of São Paulo, São Paulo, 2020.

This thesis is structured around the following question: what role do the State and the Law play in preventing childhood obesity? Through an interdisciplinary approach within the areas of Nutrition, Public Health and Law, in particular Human Rights in the child protection legal framework, Constitutional Law and Consumer Rights, this thesis presents an investigative journey that starts by clarifying why obesity and the correlated noncommunicable diseases are a public health problem. From this starting point, the research defines obesogenic environments, whose commercial determinants include market practices that promote the consumption of ultra-processed food products contributing to unhealthy diets and obesity. By identifying the drivers of the obesity epidemic at the population level, the research then analyzes the recommendations issued by the main international health organizations, focusing attention on those directed to the State for the adoption of regulatory measures that discourage the consumption of food products that contribute to obesity and unhealthy diets. Special attention is given to the most cost-effective measures, namely, regulation of school food environment, advertising, labeling and taxation of sugary drinks and foods that promote weight gain. The thesis then discusses sociological and legal reflections to understand the demands for food security rising from the global risk society, and how it shapes State obligations and fundamental rights, in particular the children's health and food rights. The limits of State action and the clash of rights involving free enterprise are debated. Finally, the thesis comments on the food market regulatory status and its legal possibility within the Brazilian legal framework, bringing a comparative law investigation within the countries of the Americas regarding the recommended norms for childhood obesity prevention. The thesis seeks to address the Brazilian State's (non) compliance with its obligations to protect childhood health from this perspective, and aims to clarify criteria and possible ways for policy makers, legal professionals and academics to act in the best interests of the child and the society as a whole.

Keywords: Childhood obesity. Disease prevention. Obesogenic environment. Ultra processed foods. Regulation. School feeding. Advertising. Taxation of sugary beverages. Food labeling. Human rights. Fundamental rights. Right to health. Right to food.

RÉSUMÉ

FERRAZ, Mariana de Araujo. **Le rôle de l'État dans la prévention de l'obésité infantile: Une mise en évidence des mesures pour décourager la consommation d'aliments malsains.** 325 f. Thèse de doctorat - Faculté de droit, Université de São Paulo, São Paulo, 2020.

Cette thèse s'articule autour de la question suivante: quel est le rôle de l'État et de la loi dans la prévention de l'obésité infantile? Grâce à une approche interdisciplinaire couvrant les domaines de la nutrition, de la santé publique et du droit, en particulier les droits de l'homme dans le cadre de la protection de l'enfance, du droit constitutionnel et des droits des consommateurs, la présente recherche part de la clarification de l'obésité et des maladies chroniques non transmissibles en tant que problème de santé publique. À partir de ce point de départ, nous mettons en évidence le développement d'environnements obésogènes dont les déterminants commerciaux incluent des pratiques de marché qui favorisent la consommation de produits alimentaires ultra-transformés et contribuent à des régimes malsains et à l'obésité. En identifiant les facteurs favorisant l'épidémie d'obésité au niveau de la population, la recherche est orientée vers l'univers des recommandations émises par les principales organisations internationales de santé, afin de mettre en évidence celles adressées à l'État pour l'adoption de mesures réglementaires décourageant la consommation de produits alimentaires qui contribuent à une alimentation malsaine. Une attention particulière est accordée aux mesures les plus rentables, à savoir la réglementation de l'environnement alimentaire scolaire, de la publicité, de l'étiquetage et la taxation des boissons sucrées et des aliments qui favorisent la prise de poids. Cette thèse entre ensuite dans des réflexions sociologiques et juridiques pour comprendre les exigences de sécurité alimentaire émanant de la société de risque mondial, et leurs impacts sur la sphère des devoirs de l'État et droits fondamentaux, en particulier aux droits à la santé et aux droits alimentaires des enfants. Les limites de l'action de l'État et le conflit des droits impliquant la libre entreprise sont débattus. Enfin, la thèse commente la situation et la possibilité juridique, dans le cadre légal brésilien, des recommandations de mesures réglementaires sur le marché alimentaire, amenant une recherche de droit comparé dans les pays des Amériques sur les normes recommandées pour la prévention de l'obésité infantile. La thèse vise à souligner le (non) respect par l'État brésilien de ses obligations de protéger la santé des enfants de ce point de vue, et vise à clarifier les critères et les moyens possibles pour les décideurs politiques, les opérateurs juridiques et les universitaires d'agir dans l'intérêt supérieur de l'enfant et de la société dans son ensemble.

Mots-clés: Obésité infantile. Prévention des maladies. Environnement obésogènes. Aliments ultra transformés. Réglementation. Alimentation scolaire. Publicité. Boissons sucrées. Étiquetage des aliments. Droits de l'homme. Droits fondamentaux. Droit à la santé. Droit à l'alimentation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA - Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação
Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AOS - apneia obstrutiva do sono
CDC - Código de Defesa do Consumidor
CF - Constituição Federal de 1988
CIDE - contribuição de intervenção sobre o domínio econômico
CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONAR - Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária
CQCT – Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS
DCNTs - doenças crônicas não transmissíveis
DHGNA - doença hepática gordurosa não alcoólica
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
FAO – *Food and Agriculture Organization of the United Nations*
FNDE - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
GDA - *guideline daily amounts*
ICD-11 - International Classification of Diseases 11th Revision
Idec - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IMC - Índice de Massa Corporal
IPI - imposto sobre produtos industrializados
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMC - Organização Mundial do Comércio
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PIB - Produto Interno Bruto
PIDESC - Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares
STF – Supremo Tribunal Federal
STJ - Superior Tribunal de Justiça
TIPI - tabela de incidência do IPI
TPS - Tomada Pública de Subsídio
UFPR - Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
PARTE I. O PROBLEMA	9
1. OBESIDADE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	10
1.1 DEFINIÇÃO E ABORDAGEM	10
1.2 PANORAMA MUNDIAL DA OBESIDADE	15
1.3 CUSTOS DA OBESIDADE	22
1.4 PANORAMA DA OBESIDADE NO BRASIL	25
1.5 PANORAMA DA OBESIDADE INFANTIL	29
1.6 COMORBIDADE E IMPACTOS DA OBESIDADE INFANTIL	32
2. PROMOTORES DA OBESIDADE E O AMBIENTE OBESOGÊNICO	37
2.1 DEFINIÇÃO DE AMBIENTE OBESOGÊNICO	46
2.2 INFLUÊNCIA DO AMBIENTE NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E NA OBESIDADE	47
2.3 DETERMINANTES COMERCIAIS DA SAÚDE (OU DA DOENÇA)	54
3. DEFINIÇÃO DE ALIMENTOS NÃO SAUDÁVEIS	61
3.1 PRODUTOS ALIMENTÍCIOS ULTRAPROCESSADOS	61
3.2 ULTRAPROCESSADOS E DESFECHO EM OBESIDADE E DOENÇAS CORRELACIONADAS	68
3.3 ALIMENTOS COM ALTA DENSIDADE-ENERGÉTICA E POBRES EM NUTRIENTES	77
3.4 AÇÚCAR ADICIONADO E BEBIDAS AÇUCARADAS	78
3.5 MODELO DE PERFIL DE NUTRIENTES DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE	80
4. CONCLUSÃO – PARTE I	83
PARTE II. RECOMENDAÇÕES	88
5. RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS: RECORTE	89
5.1 RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE	93
5.2 RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE	109
5.3 QUADRO-RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES	114
5.4 NOTAS SOBRE FORÇA JURÍDICA DAS RECOMENDAÇÕES	116
6. EMBASAMENTO DAS MEDIDAS RECOMENDADAS	118
6.1 TRIBUTAÇÃO DE BEBIDAS AÇUCARADAS	119
6.2 REGULAÇÃO DO <i>MARKETING</i> DE ALIMENTOS NÃO SAUDÁVEIS PARA CRIANÇAS	129
6.3 REGULAÇÃO DA ROTULAGEM DE ALIMENTOS	138
6.4 REGULAÇÃO DO AMBIENTE ALIMENTAR ESCOLAR	149
7. CONCLUSÃO - PARTE II	155
PARTE III. DIREITOS E DEVERES	159
8. DEVER REGULATÓRIO DO ESTADO PARA GARANTIA DE SEGURANÇA E PREVENÇÃO DE RISCOS	159
8.1 SOCIEDADE DE RISCO GLOBAL	159
8.2 HISTÓRICO DA INTERVENÇÃO ESTATAL NO ÂMBITO ALIMENTAR	165
8.3 DESAFIOS DA INTERVENÇÃO ESTATAL COM ENFOQUE EM PRODUTOS ALIMENTÍCIOS ULTRAPROCESSADOS	170
8.4. FUNÇÃO ESTATAL DE SEGURANÇA E O DEVER DE PROTEÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS	175

9. DIREITOS HUMANOS E FUNDAMENTAIS	182
9.1 MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL DE PROTEÇÃO À CRIANÇA FRENTE AO AMBIENTE OBESOGÊNICO	182
9.1.1 Direito da criança à saúde e à alimentação	184
9.1.2 Direito à consideração primordial do melhor interesse da criança	189
9.1.3 Direito à não discriminação	190
9.1.4 Direito à informação e Direito à ser protegido frente ao Mercado	191
9.1.5 Obrigações do Estado e das Empresas	195
9.2 MARCO JURÍDICO NACIONAL	205
9.2.1 Direito à Saúde	205
9.2.2 Direito à alimentação	206
9.2.3 Prioridade absoluta aos direitos da criança e do adolescente	208
9.2.4 Direitos do Consumidor e nocividade dos produtos alimentícios ultraprocessados	209
9.2.5 Livre-iniciativa	218
10. CONFLITOS E COMPATIBILIZAÇÃO DE DIREITOS	221
10.1 LIBERDADE, AUTONOMIA E FUNDAMENTAÇÃO DE MEDIDAS RESTRITIVAS DE DIREITOS	223
11. SITUAÇÃO NO ORDENAMENTO NACIONAL E POSSIBILIDADE JURÍDICA DAS MEDIDAS REGULATÓRIAS RECOMENDADAS	231
11.1 REGULAÇÃO DA PUBLICIDADE DE ALIMENTOS	231
11.1.1 Autorização constitucional	231
11.1.2 RDC 24/2010 da Anvisa	234
11.1.3 Resolução nº 163/2014 do CONANDA	236
11.1.4 Judiciário: decisão de caso no STJ e STF	238
11.2 REGULAÇÃO DO AMBIENTE ALIMENTAR ESCOLAR	240
11.3 TRIBUTAÇÃO DE BEBIDAS AÇUCARADAS	245
11.4 ROTULAGEM NUTRICIONAL FRONTAL DE ALIMENTOS	251
11.4.1 Possibilidade regulatória no comércio internacional: Mercosul, TBT e <i>Codex Alimentarius</i>	263
12. CONCLUSÃO – PARTE III	267
<u>PARTE IV. MAPEAMENTO NORMATIVO ESTRANGEIRO E ESTUDO DE CASO</u>	<u>275</u>
13. MAPEAMENTO NORMATIVO	275
13.1 METODOLOGIA	275
13.2 MAPEAMENTO NORMATIVO ESTRANGEIRO	279
13.2.1 Ambiente Escolar	279
13.2.2 Tributação	282
13.2.3 Publicidade de Alimentos	284
13.2.4 Rotulagem	286
14. ESTUDO DE CASO: LEGISLAÇÃO DO CHILE SOBRE ALIMENTOS E PREVENÇÃO DA OBESIDADE	288
15. CONCLUSÃO – PARTE IV	293
<u>CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES FINAIS</u>	<u>296</u>
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	<u>305</u>

INTRODUÇÃO

Comida. Alimento. Nutrição. Tais palavras assumem dimensões intrínsecas à existência humana. Podem ser vistas sob a ótica da subsistência, o nutrir para existir. Podem ser vistas sob o olhar emotivo-afetivo, os cheiros e sabores da infância, memória, cuidado e carinho por trás de um prato preparado com amor. Quem não se lembra de alguém ao fechar os olhos e pensar na sua comida favorita? A comida que desperta o apetite ao longo do dia, todos os dias, a comida história e cultura de um povo, a comida descoberta de sabores, a comida que comemos e tema de conversa entre amigos, a comensalidade. Esse mesmo alimento é também matéria de jornal diariamente, a ausência e inadequação dos alimentos, alvo de questionamentos sobre riscos, perigos, julgamento de desempenho, a medicalização do alimento, suas consequências de consumo, seu processo produtivo, sua segurança e impacto social e em saúde.

São diversas as vertentes e possibilidades de olhar sobre o tema da alimentação. E por ser tão vivo e presente na existência humana inevitavelmente transita do mundo do *ser* ao *dever ser*. Quais as providências jurídicas em torno das crises e problemas alimentares? Há um encontro fatal entre os universos do Direito e da Alimentação. Essa esfera é o ponto de partida da presente tese, que pretende apresentar um diálogo entre as áreas do saber de Nutrição em Saúde Pública e do Direito, em particular de Direitos Humanos, Constitucional e Direitos do Consumidor.

Nosso enfoque é sobre um problema em particular: qual é o papel do Estado e do Direito na prevenção da obesidade populacional e infantil enquanto expressão de má-nutrição? Porém, antes de adentrar sobre as possíveis obrigações e providências jurídicas em torno do problema, é preciso dar um passo atrás e reconhecer e esclarecer o problema em si. “Da mesma forma que Suécia e Dinamarca tem por base evitar que suas crianças de olhos azuis fiquem gordinhas, o Brasil tem por base acabar com a desnutrição dos nossos meninos moreninhos. Ao contrário dos Estados Unidos, aqui o McDonald’s não é vício, é aspiração”¹ –

¹ CONSELHO NACIONAL DE AUTORREGULAMENTAÇÃO PUBLICITÁRIA. **Relatório de 12 de junho de 2011. Relator Ênio Basílio Rodrigo. Representação N. 085/11.** Disponível em: <http://criancaconsumo.org.br/wp-content/uploads/2014/07/ArcosDouradosRio_Decisao_2014.pdf>. Acesso em 24 de novembro de 2019.

tal frase foi escrita em voto do Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária CONAR, negando provimento sobre uma denúncia de abusividade de publicidade infantil de empresa de *fast food*. Essa passagem é um microcosmos do universo de ignorância acerca da relação entre má-nutrição, práticas de *marketing* e impacto na saúde da criança, em especial dessa realidade em território nacional.

Pensando em dialogar com o desconhecimento e o negacionismo ao problema, dedicaremos esforços primeiramente para trazer luz ao tema. Afinal, a obesidade e seus fatores de risco modificáveis são um problema de saúde pública? E por quê? Assim, nossa pesquisa parte da investigação do fenômeno da obesidade populacional, seus custos, impactos em saúde e qualidade de vida e os principais fatores promotores que fazem com que essa expressão de má nutrição atinja adultos e crianças no Brasil e no mundo. Cumpre-se necessário um olhar especial ao público infantil e o impacto do excesso de peso e obesidade em seu desenvolvimento.

Alguns cuidados pautarão nossa abordagem, um deles diz respeito à não estigmatização e culpabilização dos indivíduos com obesidade. Também abordaremos a hipervulnerabilidade da criança e do adolescente diante desse problema. Esse olhar nos direciona inevitavelmente para compreensão das forças do ambiente que conformam os principais fatores promotores da má nutrição e do desequilíbrio do balanço energético que determina o excesso de peso. Mudanças no padrão alimentar aliados à reduzida prática de atividade física, tanto no período laboral, como no lazer, são apontados como determinantes para o excesso de peso². Hoje, o notório crescimento da prevalência da obesidade e doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) relacionadas à alimentação, como diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer, chamam atenção do debate social diariamente. Mas o que de fato precisamos entender para lidar com esse problema?

Um caminho é o estudo das tendências e relações entre os fatores de risco modificáveis e a prevalência do problema de saúde. Ao observarmos dados mundiais, e do Brasil em particular, chama atenção a relação entre transição nutricional e a carga de doenças. A transição nutricional brasileira caracteriza-se por um novo padrão alimentar marcado pelo

² CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios**. Brasília, DF: CAISAN, 2014, p.12.

pouco tempo dedicado à a alimentação, diminuição das preparações culinárias baseadas em alimentos frescos, preparadas pelo consumidor em suas casas, e um consumo cada vez maior de produtos ultraprocessados³ com altas quantidades de açúcar, sódio e gorduras, alta densidade energética, e nutricionalmente desequilibrados. Tais produtos são frequentemente comercializados por grandes corporações e possuem a característica de serem muito duráveis, e prontos para consumir, e por isso chamados “alimentos de conveniência” na medida em que requerem mínima ou nenhuma preparação, têm longos prazos de validade, podem ser comercializados em diferentes tamanhos e são facilmente encontrados em todos os lugares, tendem a ser hiperpalatáveis graças à adição excessiva de gorduras, açúcar e sal e ao uso de diversos aditivos “realçadores de sabor” pela indústria de alimentos. As técnicas de *marketing* e publicidade, comunicam tais “vantagens” e estimulam seu consumo em excesso, sem alertar para qualquer cautela quanto aos impactos para a saúde. Observamos, com isso, o fenômeno de aumento da produção e o consumo desses produtos, substituindo padrões alimentares baseados nos alimentos frescos e minimamente processados.⁴ O aumento do consumo populacional desses produtos alimentícios vem casado com o aumento da ocorrência de DCNTs associadas à má alimentação. Veremos em detalhes como ocorre essa relação e de que maneira as práticas de mercado de promoção desses produtos tem colaborado para conformação de ambientes obesogênicos, que dificultam a realização de escolhas saudáveis, promovem e apoiam a obesidade em indivíduos ou populações mediante fatores físicos, econômicos, legislativos e socioculturais.⁵

Estamos, sem dúvida, diante de um problema de causas complexas. As configurações urbanas para deslocamento, altamente dependentes do uso de carro; a insegurança pública; o tempo em frente às telas (TV, computadores, celulares *smartphone*); entre outros fatores, também influenciam no modo de vida sedentário, afetando o gasto energético decorrente das atividades físicas. Muitas variáveis entram em jogo na definição do que se come e se bebe. A pobreza, a exclusão social, a qualidade da informação disponível, os sistemas de produção,

³ A definição de produtos ultraprocessados sera esclarecida no capítulo 3 do presente trabalho.

⁴ MONTEIRO, Carlos Augusto. The big issue is ultra-processing: the price and value of meals [Comentary].

World Nutrition, [S.l.], v.2, n.6, p.271-282, 2011.

⁵ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes**. 53 Conselho Director. 66a Sessão do Comitê Regional da OMS 3 de outubro de 2014. Original: ingles. Washington, D.C., USA, 2014.

abastecimento, comercialização e práticas comerciais dos alimentos afetam e restringem diretamente as escolhas individuais. Daremos, portanto, especial enfoque para compreensão das influências das práticas mercadológicas pensando na acessibilidade, preço e estímulo midiático ao consumo de produtos alimentícios não saudáveis.

A Parte I desse trabalho estará voltada a aprofundar-se nesses aspectos, procurando responder de que forma a obesidade tornou-se um problema de saúde pública; quais os impactos no público infantil e adolescente; quais as forças promotoras da epidemia de obesidade e como conformam os ambientes obesogênicos; qual a relação entre prevalência de obesidade e as práticas de mercado; e como qualificar “alimentos não saudáveis”, em particular tendo em vista uma perspectiva regulatória. Tais esclarecimentos são ponto de partida para enfrentarmos o cerne dessa pesquisa: Qual seria, então, o papel do Estado e das políticas de saúde no enfrentamento da epidemia de obesidade sob o foco de sua possibilidade de interferência no ambiente e regulação do mercado?

Partiremos então para um segundo momento da pesquisa: as Recomendações. Diversas propostas de intervenções tem sido recomendadas por organismos internacionais de saúde para conter o aumento na prevalência de doenças crônicas associadas à alimentação. Parte-se da conclusão de que as preferências alimentares pessoais, decisões de compra e comportamentos alimentares são moldados pelo preço, *marketing*, disponibilidade e acessibilidade. Por sua vez, estes fatores são influenciados por políticas e regulamentações para agricultura e comércio. Algumas dessas medidas seguem os passos dados pelas estratégias de controle do tabaco e visam reduzir a demanda por produtos que influenciam nos fatores de risco. No caso de alimentação e nutrição, destaca-se: (i) regulamentação do *marketing* promocional (para limitar os estímulos ao consumo); (ii) preço (tributação para criar uma barreira financeira para produtos alimentícios não saudáveis e subsídios para os mais saudáveis); (iii) local (intervenções para reduzir o acesso físico aos produtos alimentícios não saudáveis e limitação ao tamanho das porções); e (iv) produto (reformulação de ingredientes dos produtos).⁶

O reconhecimento dos efeitos nocivos do *marketing* de alimentos dirigido à criança foi expresso formalmente em diversos documentos internacionais. Alguns exemplos: Em 2010, os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde aprovaram um conjunto de

⁶ GOMES, Fabio da Silva; LOBSTEIN, Tim. Food and beverage transnational corporations and nutrition policy. *Journal SCN News*, Geneva, Switzerland, n. 39, p. 57-65, 2011.

recomendações sobre a promoção de alimentos e bebidas não alcoólicas dirigida às crianças.⁷ Em 2011, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publicou as Recomendações da Consulta ao Grupo de Especialistas sobre promoção e publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas dirigida à crianças na região das Américas.⁸ O documento lista ações concretas e práticas a serem adotadas pelos Estados de forma a reduzir a exposição infantil à promoção e à publicidade de produtos alimentícios com elevados teores de gorduras, açúcar e/ou sódio. Em 2012, a OMS publicou um marco referência para implementação de suas recomendações sobre regulação do *marketing* de alimentos e bebidas não alcólicas para crianças, ampliando o alcance das ações para a regulação de outras estratégias de comercialização, como o design de embalagens e rotulagem de produtos. Em 2014, o Escritório Regional da OMS para as Américas e a OPAS publicaram o Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes contendo diversas linhas de ações estratégicas, que incluem, políticas fiscais e regulamentação do *marketing* e rotulagem de alimentos, visando reduzir o consumo entre crianças e adolescentes de bebidas açucaradas e produtos alimentícios com alta densidade energética e pobres em nutrientes; proteger crianças e adolescentes do impacto do *marketing* desses produtos; e instituir normas para rotulagem da parte frontal da embalagem que promovam escolhas saudáveis.⁹ Esse documento também prevê como linha de ação estratégica a melhoria de ambientes de nutrição e de atividade física escolar, visando a implementação de programas nacionais de alimentação escolar e adoção de normas e/ou regulamentações sobre a venda de alimentos e bebidas em escolas (“alimentos competitivos”) que promovam o consumo de alimentos saudáveis e água e restrinjam a disponibilidade de produtos energéticos com poucos nutrientes e bebidas açucaradas.¹⁰

Interessante notar que, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, do Ministério da Saúde do Brasil¹¹ reitera apoio às intervenções recomendadas pela Organização

⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 63ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. **Resolución WHA63.14 - Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños**. Octava sesión plenaria - Comisión A, cuarto informe, WHA63/2010/REC/1, Ginebra, 21 de mayo de 2010.

⁸ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Recomendaciones de la Consulta de Expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños en la Región de las Américas**. OPS, Washington, D.C., 2011.

⁹ Cf. Linha de Ação estratégica 3, Objetivos 3.1; 3.2 e 3.3 do ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit, 2014.

¹⁰ Cf. Linha de Ação Estratégica 2, objetivo 2.1 do Ibid.

¹¹ INCA. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva acerca do Sobrepeso e Obesidade**. 2017. Disponível em: <

Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como parte de ações integradas para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade, tais quais:

- Aumento da tributação de bebidas açucaradas e adoçadas com adoçantes não calóricos ou de baixa caloria;
- Restrição da publicidade e promoção de alimentos e bebidas não saudáveis dirigidas ao público infantil;
- Restrição da oferta de alimentos e bebidas ultraprocessados nas escolas;
- Aprimoramento das normas de rotulagem de alimentos para deixar a informação mais compreensível e acessível ao consumidor, incluindo um modelo de advertências textuais frontais nas embalagens que indique por meio de mensagens diretas os alimentos e bebidas que contém altos teores de açúcar, sódio, gordura, gordura saturada e caloria e que contém aditivos químicos, edulcorantes e gordura trans.

Tendo isso em vista, pretende-se na Parte II desse trabalho realizar um aprofundamento sobre as recomendações dos órgãos internacionais de saúde de forma a identificarmos os pontos em comum quanto as possíveis medidas mais efetivas para lidar com o problema da obesidade infantil. Nesse intuito, um recorte se faz necessário, pois são muito amplas as possibilidades de intervenção sobre o problema. Realizaremos, portanto, uma revisão documental das principais diretivas expedidas por órgãos internacionais de saúde que visem desestimular o consumo de alimentos não recomendados para uma dieta saudável e cujo consumo inadequado esteja associado à obesidade e DCNTs correlacionadas. Comentaremos também algumas das principais evidências científicas em torno das medidas recomendadas mais recorrentes, de forma que estejam claros os elementos que corroboram para defesa de sua adequação e necessidade. Em resumo, a Parte II desse trabalho estará voltada a enfrentar a seguinte questão: quais são as principais medidas custo-efetivas recomendadas por organismos internacionais de saúde para prevenção da obesidade infantil dentro do escopo de redução de demanda por produtos alimentícios não saudáveis?

Uma vez que tenhamos claro O Problema (Parte I) e As Recomendações e possíveis soluções (Parte II), adentraremos então nas reflexões sociológicas e jurídicas sobre as

implicações ao Estado para tomada de providências regulatórias sobre o mercado alimentício pautadas por direitos fundamentais. A Parte III desse trabalho talvez seja o coração de nossa tese, alicerçada nas bases apresentadas pela Parte I e II. É nela que mergulhamos na busca pelo esclarecimento do papel do Estado na prevenção da obesidade infantil com enfoque no desestímulo à demanda por produtos alimentícios não saudáveis.

Apesar de haver um crescente consenso em torno da necessidade de regulação do mercado de alimentos como estratégia para contenção da epidemia de obesidade, os próprios documentos da OPAS indicam que “algumas leis, e as regulamentações para executá-las, têm sido contestadas na justiça, atrasando ou interrompendo sua implementação”¹². Nessa esteira, diversas questões acerca da possibilidade jurídica de tais medidas regulatórias vem à tona, tais quais: Haveria um embate de direitos fundamentais nas medidas regulatórias, considerando o direito à saúde e à alimentação adequada e saudável, proteção à infância e direitos de consumidores *versus* liberdade econômica e livre-iniciativa? Quais os alcances e limites da atividade reguladora do Estado para proteção à saúde? Existiria afronta à liberdade individual e direito de escolha quando se visa proteger a saúde da criança? Para enfrentá-las, investigaremos o marco jurídico nacional e internacional de direitos humanos e de que forma seus ditames podem ou não inferir um dever do Estado em regular o mercado de alimentos dentro do escopo das propostas recomendadas pelos organismos internacionais de saúde, tendo em vista a proteção da criança. Nessa jornada, também será necessário esclarecermos o tratamento jurídico nacional dado às medidas recomendadas tratadas nas partes iniciais desse trabalho, de maneira que possamos observar de que forma o ordenamento jurídico pátrio tem apresentado providências ou possibilidade jurídica de regulação do mercado de produtos alimentícios promotores de obesidade e DCNTs correlacionadas.

Por fim, encerraremos nossa pesquisa com um mapeamento normativo estrangeiro e estudo de caso de legislação, visando apresentar um levantamento de experiências normativas dentro dos eixos de medidas regulatórias recomendadas para desestimular o consumo de alimentos ultraprocessados não saudáveis. A missão é uma só: demonstrar o caminho do possível.

¹² ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes**. 53 Conselho Director. 66a Sessão do Comitê Regional da OMS 3 de outubro de 2014. Original: ingles. Washington, D.C., USA, 2014, p.15.

Em resumo, nossa tese tem como objetivo investigar o papel do Estado na prevenção da obesidade infantil, com enfoque em medidas para desestimular o consumo e demanda por produtos alimentícios não saudáveis. Partimos da hipótese de que existe base jurídica para implicar o dever do Estado de implementar tais medidas, porém, o Estado Brasileiro estaria frustrando tal dever, ainda aquém das recomendações e compromissos assumidos para proteção prioritária da saúde da criança. A confirmação ou refutação da hipótese se dará pela investigação do problema e das recomendações de enfrentamento, pela análise do marco jurídico-normativo vigente em diálogo com os aspectos sociológicos que implicam nas funções do Estado, e pelo esclarecimento do caminho do possível, por meio do estudo de direito comparado. A pesquisa pretende trazer, portanto, como contribuição original não só o mapeamento normativo e recomendatório nacional e internacional sobre o tema em questão, mas também uma abordagem inovadora sobre o dever regulatório do Estado para proteção da saúde da criança, ampliando a lente para além da regulação da publicidade, mas que compreenda também a proteção quanto aos diversos aspectos de promoção e estímulo ao consumo de produtos alimentícios potencialmente nocivos. Nossa expectativa final é levar uma contribuição acadêmica aos operadores do Direito e decisores políticos das mais diversas esferas de poder, para que possam, nutridos de comida de verdade e de conhecimento, atuar em prol do melhor interesse da criança e da sociedade como um todo.

PARTE I. O PROBLEMA

O tema da obesidade pode ser encarado sob múltiplos enfoques. Partimos, portanto, do esclarecimento quanto ao recorte de nossa abordagem. Não pretendemos abordar o tema da obesidade sob o enfoque do tratamento, mas sim, sob o aspecto da prevenção. Assim, estarão excluídas as considerações acerca de melhores dietas ou técnicas de tratamento dessa condição de saúde, tampouco pretende-se abordar o tema sob o ponto de vista do tratamento no nível comportamental individual. O tratamento da obesidade e doenças correlacionadas pode ser levado por meio de diversas técnicas das áreas de psicologia, nutrição, médica, cirúrgica, atenção e cuidado. No entanto, não nos caberá aqui discutir e trazer soluções sobre como tratar indivíduos afetados pelos problemas de saúde correlacionados à obesidade, mas sim, pretendemos restringir o recorte da pesquisa às responsabilidades do poder público em prevenir doenças crônicas não transmissíveis associadas à má alimentação, obesidade e sobrepeso. Salientamos a importância de esclarecer que a preocupação em prevenir a obesidade não se dá por motivos estéticos ou de conformação de uma sociedade padronizada, mas sim, com base na prevenção das consequências para a saúde humana advindas do estímulo ao consumo de produtos alimentícios associados aos fatores determinantes da obesidade.

Esse recorte é de fundamental importância na medida em que falaremos das responsabilidades do Estado em intervir na conformação do ambiente obesogênico. Em que medida há uma omissão do Estado permitindo-se que o livre mercado construa ambientes que estimulam a má nutrição? Para responder essa pergunta necessitamos, antes de mais nada, qualificar a obesidade como um problema de saúde pública; esclarecer os impactos da obesidade e sobrepeso na infância e adolescência; trazer a definição do ambiente obesogênico e de que maneira as práticas de mercado influenciam em sua conformação.

Assim, em resumo, a primeira parte da tese tem como objetivo trazer esclarecimentos sobre a obesidade como problema de saúde pública e de que maneira o ambiente promotor de obesidade pode vir a afetar a saúde e qualidade de vida da população em geral e do público infantil, em particular. O eixo-condutor da Parte I será guiado pelas seguintes perguntas:

- Obesidade é um problema de saúde pública?

- Quais os impactos da obesidade no público infantil e adolescente?
- Quais os motores da epidemia de obesidade do ponto de vista populacional?
- O que é o ambiente obesogênico?
- Qual a relação entre prevalência da obesidade e práticas do mercado?
- Como qualificar “alimentos não saudáveis”?

1. OBESIDADE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O que é obesidade? O que é sobrepeso? Obesidade é doença? De que forma essa condição se torna um problema de saúde pública? O esclarecimento dessas questões é um ponto de partida para analisarmos o papel do Direito e do Estado nesse tema.

1.1 Definição e Abordagem

De uma maneira simplificada, a obesidade pode ser definida como o acúmulo excessivo de gordura corporal com potencial de causar danos à saúde, conforme define a Organização Mundial da Saúde (OMS). A obesidade pode acarretar problemas de saúde, tais quais, dificuldades respiratórias, apneia do sono, problemas dermatológicos e ortopédicos, podendo favorecer o surgimento de enfermidades como diabetes tipo II, vários tipos de câncer (incluindo endometrial, mama, ovário, próstata, fígado, vesícula biliar, rim e cólon), hipertensão arterial, doenças cardiovasculares como infarto do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais.^{13,14}

Nos estudos populacionais, o excesso de gordura corporal é estimado por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), que se define pelo peso em kg dividido pela altura em metros

¹³ PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres; CORSO; Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, 17(4):523-533, ou/dez., 2004, p.524.

¹⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fact-sheet: Obesity and overweight**. 16 February 2018. Disponível em: < <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> >. Acesso em: 18 abr. 2019.

quadrados. Consideram-se com obesidade os adultos com IMC igual ou superior a 30kg/m^2 . IMC entre 30 e 34,9 considera-se obesidade leve; de 35 a 39,9 obesidade média, e mais de 40 significa obesidade severa. Por sua vez, o sobrepeso trata-se de IMC igual ou superior a 25.¹⁵ No caso das crianças, para levar em conta as fases de crescimento, a idade deve ser considerada na definição de sobrepeso e obesidade.^{16,17}

Importante salientar, porém, que o IMC não é suficiente para descrever as variações na composição corporal de indivíduos. Tal índice desconsidera idade, sexo, etnia, e a relação entre IMC e outros indicadores de composição corporal, tal qual, a gordura corporal¹⁸. No entanto, tal índice é reconhecido como a medida mais útil e aplicável para estudos populacionais.

Em regra, há consenso na comunidade médica de que a obesidade é uma condição que aumenta o risco de enfermidades, porém, um amplo debate é travado sobre a consideração da obesidade como uma doença. Em 2013, a *American Medical Association* declarou a obesidade como doença tendo em vista ampliar o reconhecimento do problema perante a comunidade

¹⁵ “Outro índice bastante utilizado é o Índice de Obesidade, que consiste em uma inter-relação entre o peso e a altura obtidos da população-amostra e aqueles valores encontrados na literatura como referenciais – ou seja, tabelas previstas para peso e altura -, calculados por sexo e idade, onde os indivíduos podem ser classificados por meio dos percentis, como de baixo peso, normal, sobrepeso e obeso. (...) Resultado: 91% e 11% (peso normal); 111% e 120% (sobrepeso); acima de 120% (obesidade)”. DÂMASO, Ana R.; TEIXEIRA, Luzimar R.; CURL, Cláudia. Atividades Motoras na Obesidade. In: FISBERG, Mauro. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004, Pg. 121.

¹⁶ “O diagnóstico e os testes para aferição de sobrepeso e obesidade são controversos em crianças. O IMC na criança e no adolescente está relacionado com a idade e o estágio de maturação sexual. Na prática, utiliza-se a medida do peso e da altura por serem facilmente obtidos no exame físico. (...) $\text{IMC} = \text{Peso kg} / (\text{Altura m})^2$.

Valores de referência:

Baixo IMC para a idade: < Percentil 3

IMC adequado ou Eutrófico: \geq Percentil 3 e < Percentil 85

Sobrepeso: \geq Percentil 85 e < Percentil 97

Obesidade: \geq Percentil 97”

In: BVS ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. Ministério da Saúde e BIREME/OPAS/OMS. Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Disponível em: <<https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=7>> . Acesso em: 30 nov. 2019.

¹⁷ “For children under 5 years of age: overweight is weight-for-height greater than 2 standard deviations above WHO Child Growth Standards median; and obesity is weight-for-height greater than 3 standard deviations above the WHO Child Growth Standards median.

For Children aged between 5–19 years: overweight is BMI-for-age greater than 1 standard deviation above the WHO Growth Reference median; and obesity is greater than 2 standard deviations above the WHO Growth Reference median.” In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight. Fact-sheets**. 16 Feb. 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>> . Acesso em 22 jun 2019.

¹⁸ PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres; CORSO; Arlete Catarina Tittoni. op cit., p.524.

médica. O intuito era estimular os profissionais de saúde a alertar seus pacientes sobre a necessidade de cuidados e perda de peso, uma vez que muitos médicos relutavam em abordar o tema com receio de ofender seus pacientes. Por outro lado, contrariamente à abordagem da obesidade como doença, argumenta-se sobre o risco de aumento de estigma e preconceito contra indivíduos com obesidade, e até mesmo de impactos nas relações trabalhistas, na medida em que empregadores justificariam a não contratação de trabalhadores que possuíssem um condição patológica. Outra crítica reside no impacto dessa abordagem na lógica do tratamento médico em procedimentos invasivos como cirurgia bariátrica ou intervenções medicamentosas, colocando de lado a adoção de dietas saudáveis e realização de atividades físicas.¹⁹

A OMS descreve obesidade e sobrepeso como “*abnormal or excessive fat accumulation that presents a risk to health*”²⁰ afirmando ser um significativo fator de risco para diversas doenças crônicas como diabetes, doenças cardiovasculares e câncer²¹. A classificação internacional de doenças CID-11 ²² categoriza a obesidade dentre as “*nutritional disorders*”²³. Nesse sentido, nossa referência à obesidade será como uma desordem nutricional e um fator de risco para doenças crônicas.

De acordo com a OMS, nutrição é definida como a ingestão de alimentos, considerados em relação às necessidades de dieta do corpo. Uma boa nutrição – dieta adequada e bem equilibrada associada com atividade física regular – é o alicerce da boa saúde. A má nutrição pode levar à redução de imunidade, aumento à suscetibilidade à doenças, ao desenvolvimento físico e mental insuficientes e à redução na produtividade.²⁴ A má nutrição

¹⁹ VARELLA, Drauzio. **Obesidade, uma doença?**. Website: Uol, 18 de maio de 2018. Disponível em <<https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/obesidade-uma-doenca/>>. Acesso em: 20 abr. 2019

²⁰ “acúmulo anormal e excessivo de gordura que apresenta risco à saúde” tradução nossa.

²¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Topics – Obesity**. Disponível em: <<https://www.who.int/topics/obesity/en/>>. Acesso em 20 de nov. 2019.

²² ICD-11 *for Mortality and Morbidity Statistics* da OMS.

²³ “Nutritional disorders in all their forms result from imbalances (excess or deficiency) in energy and/or specific macro and micronutrients. They occur when the intake of essential macronutrients and micronutrients does not meet or exceeds the metabolic demands for those nutrients. Metabolic demands vary with age and other physiological conditions, they are also affected by environmental circumstances, including poor hygiene and sanitation, which lead to diarrhea and other infections.” WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 04/2019). **Overweight, obesity or specific nutrient excesses**. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fent%2f1671987290>>. Acesso em: 30 nov. 2019.

²⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health topics. **Nutrition**. Disponível em: <<https://www.who.int/health-topics/nutrition>>. Acesso em 20 de abr. 2019.

reflete-se em múltiplas formas: subnutrição/desnutrição (por carência energética e/ou proteica); deficiência de micronutrientes (por carência de vitaminas e minerais essenciais); e o sobrepeso e obesidade e as DCNTs por consequência.²⁵

Conforme mencionado, discute-se que, além de um fator de risco para DCNTs, a obesidade seja em si, uma complexa doença crônica. Doenças Crônicas Não Transmissíveis caracterizam-se por apresentarem múltiplos fatores de risco com ausência de participação (ou participação polêmica) de microrganismos entre os determinantes, longo período de latência e longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação, lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte.²⁶ Nesse sentido, a identificação da etiologia da obesidade é uma tarefa complexa. A literatura considera a obesidade um problema de saúde multifatorial, que envolve em sua gênese aspectos ambientais e genéticos.

Algumas das principais DCNTs, como as doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, relacionam-se a fatores de risco associados à má nutrição, tais quais, o sobrepeso e obesidade, níveis elevados de colesterol, hipertensão, consumo excessivo de sal, e baixo consumo de frutas e verduras. Estima-se que o ganho de peso, sobrepeso e obesidade aumentam o risco de 11 tipos de câncer, incluindo intestino, mama (pós-menopausa), próstata (câncer avançado), pâncreas, endométrio, rim, fígado, vesícula biliar, esôfago (adenocarcinoma), ovário e estômago (cárdia).²⁷

Até pouco tempo, a narrativa predominante em torno da natureza e causas da obesidade centrava-se na culpabilização individual, tratando-a como um problema exclusivo de países desenvolvidos. Na realidade, a maioria da população mundial vive em locais onde o sobrepeso e a obesidade matam mais do que a desnutrição. A obesidade, no entanto, atinge

²⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Malnutrition**. [internet] 16 Feb 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

²⁶ PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres; CORSO; Arlete Catarina Tittoni. op cit., p.524.

²⁷ INCA. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva acerca do Sobrepeso e Obesidade**. 2017. Disponível em: <http://criancaconsumo.org.br/wp-content/uploads/2014/02/posicionamento_inca_sobrepeso_obesidade_2017-1.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2018.

pessoas de todas as idades, em diferentes partes do mundo e com diferentes condições socioeconômicas.

Uma narrativa errônea acerca das causas da obesidade levou à estigmatização, abordagens isoladas e descontextualizadas, inação política, e ausência de estratégias coerentes. Tal narrativa apoia-se em um simplista modelo de causalidade, que geralmente coloca a culpa no indivíduo para carregar sozinho a responsabilidade pela obesidade. Não raro, a mídia ou o senso-comum reforçam a ideia de que pessoas com obesidade são “culpadas”, “fracas”, “preguiçosas” ou com “pouca força de vontade” quanto suas escolhas alimentares. Essa forma de tratamento da questão aprofunda a estigmatização e a discriminação, incluindo nos ambientes de trabalho, educação e serviços de saúde. Isso afeta inclusive o reconhecimento da obesidade como um problema de saúde que merece atenção e cuidado. A abordagem isolada na responsabilidade individual pela obesidade leva à falha na consideração de fatores mais amplos, que ultrapassam a esfera individual (genética, biológica, psicológica), tais quais os fatores ambientais e comerciais, como a disponibilidade e preço de alimentos, publicidade e práticas de mercado, cultura, etc.²⁸ Em suma, responsabilizar os indivíduos pela obesidade retira a atenção dos sistemas obesogênicos que produzem a obesidade.²⁹

Hoje percebemos uma chamada para mudança de paradigmas em torno do tema da obesidade, seus múltiplos fatores de risco e abordagens de solução. Cumpre necessário não só levar em conta os indivíduos em risco, que são agentes ativos e operam dentro de suas características particulares psicológicas, genéticas e biológicas, mas também contextualizá-los em um ambiente obesogênico, cujo controle é limitado. Essa abordagem demanda um alinhamento entre os setores, e uma linguagem comum entre os determinantes ambientais, sociais e comerciais da obesidade de forma a reconhecer a importância de ações de prevenção que sejam efetivas. De acordo com Ralston *et al.*, essa nova narrativa deve incorporar as seguintes dimensões: reconhecer que a obesidade requer ação de múltiplos atores e setores; mudar as palavras e imagens que enquadraram a obesidade como culpa individual e direcioná-las aos fatores mais amplos de causalidade; priorizar grupos mais vulneráveis como o público infantil e comunidades economicamente desfavorecidas acometidas pela obesidade;

²⁸ RALSTON, Johanna *et al.* Time for a new obesity narrative. Comment. **The Lancet**. v. 392, issue 10156, p.1384-1386, October 20, 2018.

²⁹ SWINBURN, Boyd. *Et al.* The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**. Volume 393, Issue 10173, p. 791-846, Feb 23, 2019. p 7.

reconhecer a obesidade como doença crônica no sistema de saúde, tendo sua prevenção e controle priorizados globalmente.³⁰

Com isso, definir obesidade não é apenas tratá-la como peso ou imagem corporal. A obesidade como problema de saúde pública diz respeito a uma vulnerabilidade humana gerada pelo excesso de gordura corporal cujos determinantes variam da genética molecular às forças do mercado.

1.2 Panorama Mundial da Obesidade

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são hoje as causas dominantes da carga de doenças evitáveis, até mesmo em países de baixa renda^{31,32}, e a obesidade tomou o lugar do tabaco como a maior causa evitável da carga de doenças em algumas regiões.³³

Os estudos sobre os padrões de morbimortalidade populacionais adquirem um enfoque das correlações entre processos de transição demográfica, transição epidemiológica e transição nutricional. Verifica-se que modificações no nível de desenvolvimento de cada sociedade correspondiam a modificações no padrão de morbimortalidade. Por exemplo, países em desenvolvimento passam a apresentar redução das doenças infecciosas e aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis como causa de óbitos. Ao mesmo tempo, o aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional, elevam a probabilidade de DCNTs.

A Transição Epidemiológica pode ser definida como “uma evolução gradual dos problemas de saúde caracterizados por alta morbidade e mortalidade por doenças infecciosas

³⁰ RALSTON, Johanna et. al. op. cit.

³¹ EZZATI, M.; LOPEZ, A.; RODGERS, A.D.; MURRAY, C.J.L (Ed.). **Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors**. Geneva: World Health Organization, 2004. apud. SWINBURN, B.A., et al. The Global Obesity Pandemic: Shaped by Global Drivers and Local Environments. **The Lancet**, v. 378, p. 804-814, 2011, p. 805.

³² AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE (AIHW) AND NATIONAL HEART FOUNDATION OF AUSTRALIA. The relationship between overweight, obesity and cardiovascular disease. Canberra: AIHW (Cardiovascular Disease Series No. 23), 2004. apud. SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p. 805.

³³ HOAD, V.; SOMERFORD, P.; KATZENELLENBOGEN, J. High body mass index overtakes tobacco as the leading independent risk factor contributing to disease burden in Western Australia. **Aust NZ J Public Health**, v. 34, n.2, p. 214-215, 2010. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1753-6405.2010.00509.x>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

que passa a se caracterizar predominantemente por doenças crônicas não transmissíveis”³⁴. Por sua vez, a Transição Nutricional seria “um processo de modificações sequenciais no padrão de nutrição e consumo, que acompanham mudanças econômicas, sociais e demográficas, e do perfil de saúde das populações”³⁵. Há, porém, quem discorde do termo “transição” no sentido de passar de uma etapa à outra, pois na verdade, em países com realidades de profunda desigualdade social, as incidências e prevalências são igualmente desiguais e coexistentes.

A transição econômica no sentido de aumento do produto interno bruto (PIB) traz consigo uma série de outras transições: demográfica (envelhecimento da população e distribuição populacional das zonas rurais para urbanas); tecnológica (de baixa para alta mecanização); e nutricional (de alimentos e culinária tradicionais para produtos alimentícios processados de alta densidade energética)³⁶.

No perfil epidemiológico mundial, a obesidade não é problema exclusivo de países desenvolvidos. Segundo a OMS, no mundo, a obesidade quase triplicou desde 1975. Em 2016, mais de 1,9 bilhões de adultos (acima de 18 anos) tinham sobrepeso, o que representa 39% dos adultos. Desses, 650 milhões tem obesidade, ou seja 13%. A maior parte da população mundial vive em países onde o sobrepeso e a obesidade mata mais do que a desnutrição. Também em 2016, 41 milhões de crianças abaixo de 5 anos tinham sobrepeso, e mais de 340 milhões de crianças e adolescentes entre 5 e 19 anos tinham sobrepeso ou obesidade.³⁷

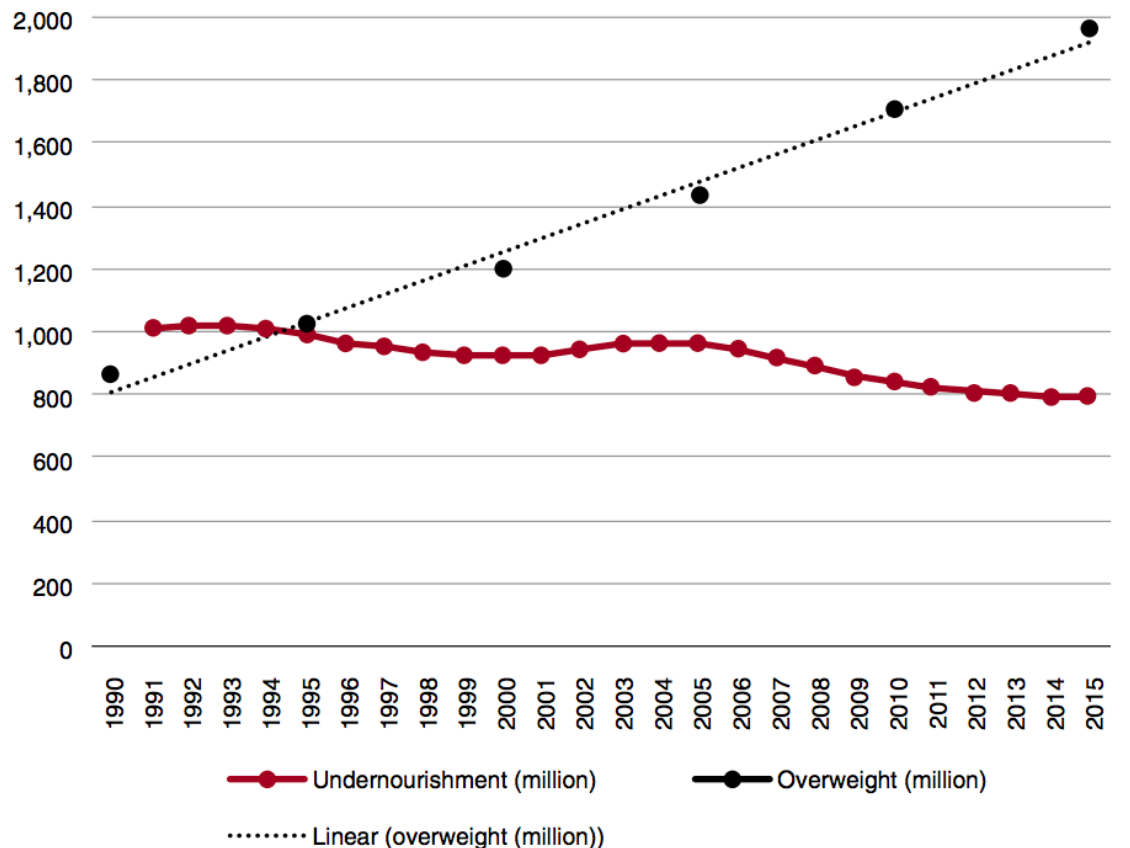
³⁴ FREDERIKSEN, H. Feedbacks in economic and demographic transition. *Science*, v. 166, n. 3907, p. 837-847, 1969. apud PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres; CORSO; Arlete Catarina Tittoni. op cit., p.525.

³⁵ POPKIN BM, GE K; ZHAI. F.; GUO, X; MA, H.; ZOHOORI, N. The nutrition transition in China: A cross sectional analysis. *Eur J Clin Nutr* 1993; 47:333-46. apud. PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres; CORSO; Arlete Catarina Tittoni. op cit., p.525.

³⁶ POPKIN B. The nutrition transition and its health implications in lower-income countries. *Public Health Nutr* 1998; 1: 5–21. apud. SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p. 805.

³⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fact-sheet: Obesity and overweight**. 16 February 2018. Disponível em: < <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

Figura 1: Tendência geral (população total de adultos acima de 18 anos): declínio da desnutrição e aumento do sobrepeso.³⁸



Fonte: Undernourishment data—FAOSTAT; Overweight data—Overweight prevalence from WHO Global Health Observatory Data (overweight for adults 18+ (body mass index ≥ 25), age-standardized (%)) and UN World Population Prospects, 2015 Revision (total population for adults 18+).

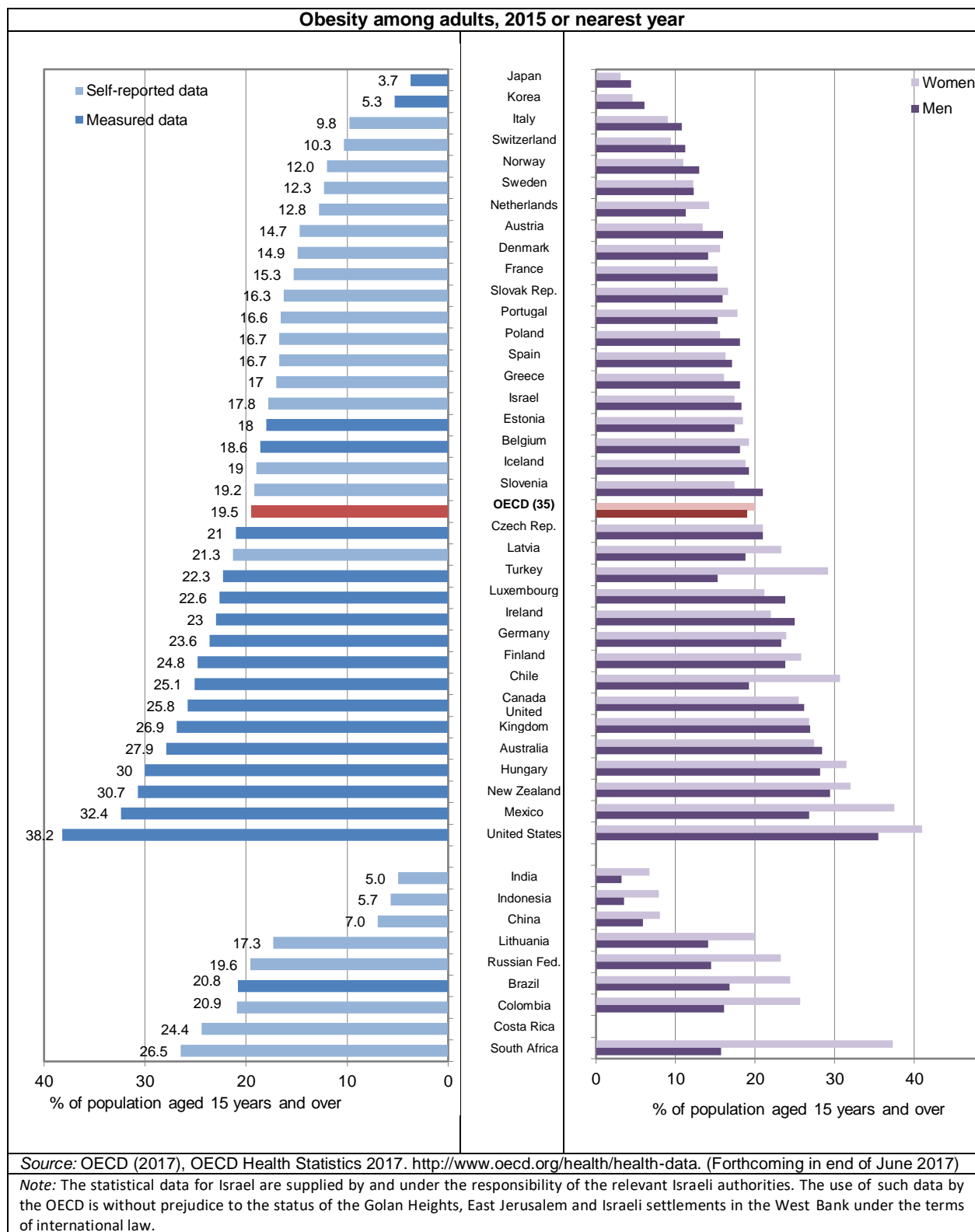
As iniquidades sociais são relevantes para obesidade e sobrepeso, especialmente entre as mulheres: em metade de oito países membros da OCDE nos quais há dados disponíveis³⁹, mulheres com baixo grau de educação tem duas a três vezes mais chance de terem sobrepeso do que mulheres com maior grau de escolaridade.⁴⁰ Na maioria dos países, mulheres estão mais obesas que homens, no entanto, na maioria dos países nos quais há dados disponíveis, a obesidade masculina está crescendo mais rapidamente.

³⁸ Figura extraída de: HTENAS, Aira Maria; TANIMICHI-HOBERG, Yurie; BROWN, Lynn. **An overview of links between obesity and food systems: implications for the agriculture GP agenda**. Washington, D.C.: World Bank Group, 2017, p.9.

³⁹ Coreia, Espanha, Itália, França, Inglaterra, Hungria, Estados Unidos e Canadá.

⁴⁰ Figura extraída de: OECD. **Obesity Update 2017**. OECD, 2017. Disponível em: <www.oecd.org/health/obesity-update.htm>. Acesso em: 15 jan. 2019.

Figura 2. Obesidade entre adultos, 2015 ou ano mais próximo.⁴¹



⁴¹ Figura extraída de: OECD. **Obesity Update 2017**. OECD, 2017.

Nos países de baixa-renda, a obesidade afeta principalmente adultos de meia-idade (especialmente mulheres) de áreas urbanas mais ricas. Já nos países de alta renda, a obesidade afeta ambos os sexos e todas as idades, mas é desproporcionalmente maior em grupos mais vulneráveis. Nos Estados Unidos, por exemplo, a obesidade é mais prevalente em populações de baixa-renda.^{42 43}

Importante notar que a epidemia de obesidade parece ter começado quase que concomitantemente nos países de alta renda entre os anos 70 e 80⁴⁴, desde então, os países de média e baixa renda se juntaram à tendência global na prevalência de obesidade entre adultos e crianças.⁴⁵ Nos países de baixa e média renda, grupos de alto status socioeconômico em áreas urbanas tendem a serem os primeiros a apresentarem alta prevalência de obesidade, mas a obesidade transita para estratos socioeconômicos mais baixos e áreas rurais na medida que aumenta o produto interno bruto (PIB) do país. No Brasil, esse padrão é particularmente evidente entre as mulheres, com as taxas de obesidade subindo expressivamente entre os grupos de mais baixa renda.⁴⁶

⁴² EAGLE, T.F.; SHEETZ, A.; GURM, R., et al. Understanding childhood obesity in America: linkages between household income, community resources, and children's behaviors. **Am Heart J.**, v. 163, n. 5, p. 836-843, 2012.

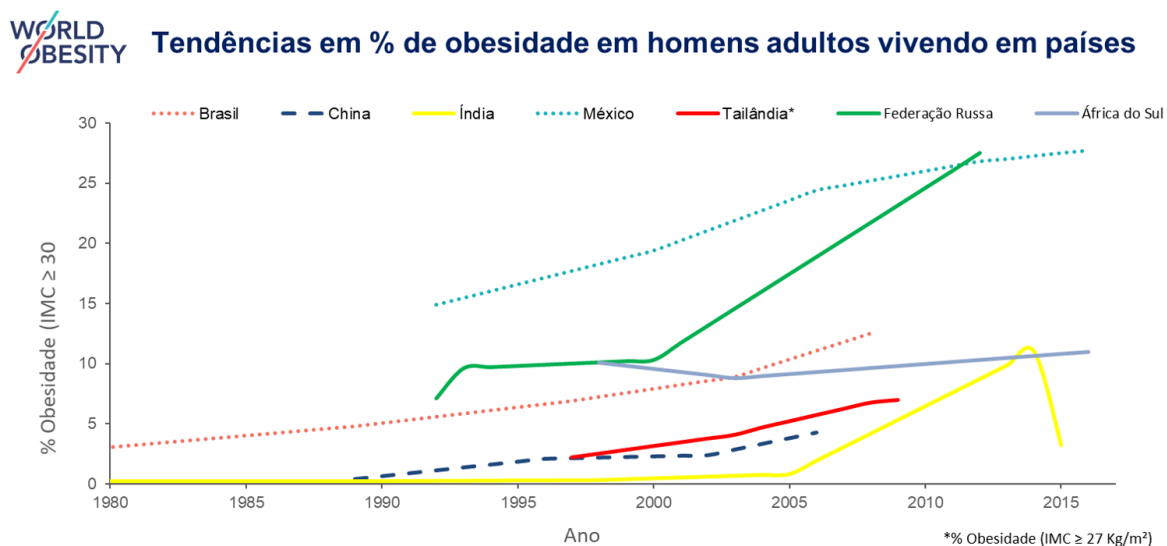
⁴³ PAN, L.; BLANCK, H.M.; SHERRY, B.; DALENIUS, K.; GRUMMER-STRAWN, L.M. Trends in the prevalence of extreme obesity among US preschool-aged children living in low-income families, 1998- 2010. **JAMA.**v. 308, n. 24, p. 2563-2565, 2012.

⁴⁴ SASSI, F.; DEVAUX, M.; CECCHINI, M.; RUSTICELLI, E. **The obesity epidemic: analysis of past and projected future trends in selected OECD countries.** Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Directorate for Employment, Labour And Social Affairs, Health Committee, 2009. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p. 805.

⁴⁵ SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p. 805.

⁴⁶ MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L.; POPKIN, B.M. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975–2003. **Am J Public Health.** v. 97, p. 1808–12, 2007.

Figura 3 - Tendência em % de obesidade em homens adultos vivendo em países emergentes.⁴⁷



Fonte: World Obesity Federation, Agosto de 2019.

Um certo grau de prosperidade econômica é, portanto, um potencializador para obesidade, mas o nível de prosperidade não deve necessariamente ser alto para a obesidade se manifestar. Em alguns países de baixa renda, como as nações das Ilhas do Pacífico, a prevalência de obesidade é muito alta. As iniquidades econômicas e sociais fazem com que muitos países em transição enfrentem a “dupla carga de má nutrição”⁴⁸, isto é, países que ainda possuem uma carga substancial de desnutrição e suas doenças correlatas, também enfrentam a carga emergente do sobrepeso e obesidade e suas DCNTs correlacionadas. Independente do nível de riqueza de um país ou estado, quanto mais alto o nível de iniquidade de renda, mais alta a prevalência de obesidade.^{49,50}

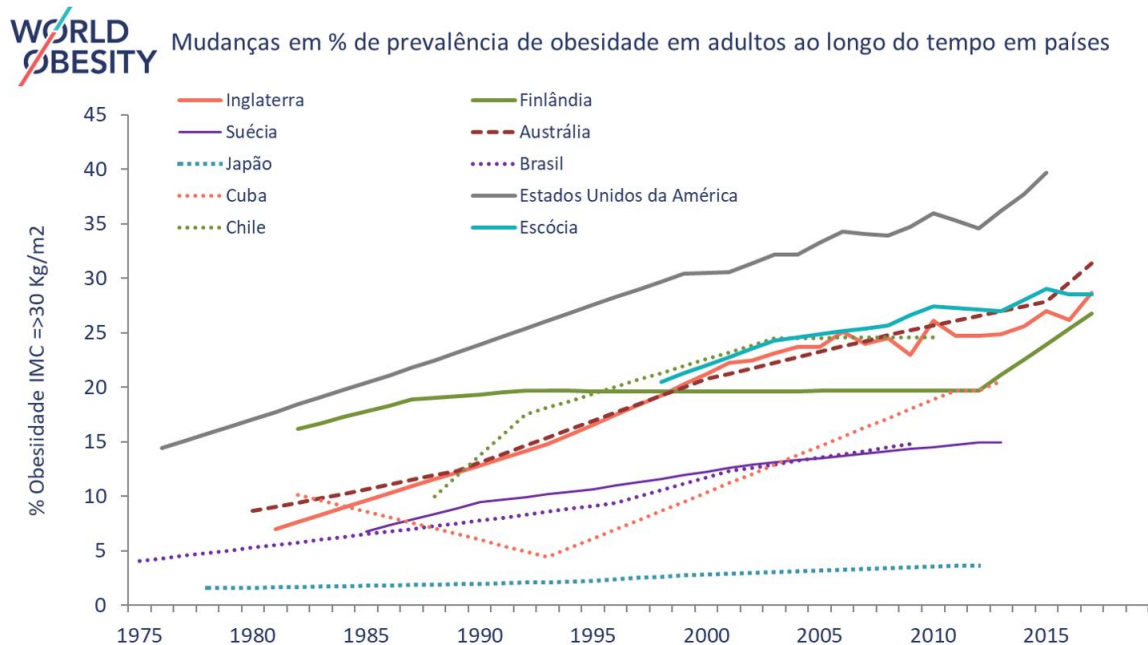
⁴⁷ Figura extraída de: WORLD OBESITY FEDERATION. **Global Obesity Observatory**. Disponível em: <www.worldobesitydata.org>. Acesso em: 15 abr. 2019.

⁴⁸ A dupla carga de má nutrição pode existir no nível individual (por exemplo, crianças que possuem atraso de crescimento, altura/idade, são ao mesmo tempo obesas, peso/altura), também no nível familiar (quanto uma mãe tenha sobrepeso e seja anêmica e a criança ou avós estão abaixo do peso) e no nível populacional (onde há prevalência de ambos desnutrição e sobrepeso em uma mesma comunidade, país ou região). Cf. HTENAS, Aira Maria; TANIMICHI-HOBERG, Yurie; BROWN, Lynn. **An overview of links between obesity and food systems: implications for the agriculture GP agenda**. Washington, D.C.: World Bank Group, 2017. p. 19-20.

⁴⁹ EGGER, G.; SWINBURN, B. **Planet obesity: how we're eating ourselves and the planet to death**. Sydney: Allen and Unwin, 2010. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.807.

⁵⁰ SACKS, G.; SWINBURN, B.; LAWRENCE, M. Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. **Obes Rev.**, v.10, p. 76–86, 2009.

Figura 4: Mudança em % de prevalência de obesidade em adultos ao longo do tempo em países (Inglaterra, Finlândia, Suécia, Austrália, Japão, Brasil, Cuba, EUA, Chile, Escócia).⁵¹



Última atualização em Dezembro de 2018

Fonte: World Obesity Federation, Dezembro de 2018

A economia política e os sistemas alimentares integram as causas da alta prevalência conjunta da desnutrição e obesidade nos países que enfrentam a “dupla carga”, o que sugere soluções comuns que requerem uma mudança na percepção da desnutrição e obesidade como uma consequência simplista da ingestão de muitas ou poucas calorias. Faz-se necessário o reconhecimento de que desnutrição e obesidade são ambas consequência de dietas alimentares de baixa qualidade e pouca variedade de comidas saudáveis.⁵²

Em 2019, a renomada revista científica *The Lancet* lançou o relatório *The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition and Climate Change: The Lancet Commission report*⁵³ com recomendações de ações para o enfrentamento da obesidade no contexto de uma “Sindemia Global”, que representaria o maior desafio de saúde para humanidade e meio

⁵¹ Figura extraída de: WORLD OBESITY FEDERATION. **Global Obesity Observatory**. Disponível em: <www.worldobesitydata.org>. Acesso em: 15 abr. 2019.

⁵² SWINBURN, Boyd. Et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**. v. 393, n. 10173, p. 791-846, Feb 23, 2019, p. 9.

⁵³ SWINBURN, Boyd. et al. op. cit., 2019. p. 791-846.

ambiente do século 21. Trata-se de uma sinergia de epidemias – quais sejam, obesidade, desnutrição, e mudanças climáticas - que coexistem no tempo e no espaço, interagindo umas com as outras e compartilhando de agentes sociais causadores comuns. A abordagem desse relatório sobre os agentes promotores da obesidade será trabalhada ao longo dessa tese, de forma que possamos ter clareza sobre as responsabilidades do Estado para conter o avanço dessas ameaças. De acordo com o relatório, até hoje, nenhum país foi capaz de reverter a epidemia de obesidade pois seus promotores sistêmicos e institucionais não tem sido enfrentados devido uma “inércia política”, traduzida como uma combinação de liderança e governança inadequadas para produzir políticas que respondam à sindemia global, assim como, devido à oposição por parte de interesses comerciais e ausência de demanda pública pela ação política.

1.3 Custos da obesidade

Atuar na prevenção da obesidade pode repercutir em grandes benefícios para sistemas de saúde e na economia em geral de todos os países. Mundialmente, sobrepeso e obesidade resultam num custo direto de assistência de saúde e perdas econômicas de produtividade estimado em 2 trilhões de dólares americanos por ano.⁵⁴ Esse custo representa 2,8% do PIB mundial e praticamente equivalem-se aos custos do tabagismo ou violência armada e guerra.⁵⁵ Recorda-se que 71% de todas as mortes no mundo são causadas por DCNTs, sendo que três das quatro doenças mais comuns são relacionadas à dietas alimentares (doenças cardiovasculares, cânceres e diabetes)⁵⁶. Além disso, três quartos das mortes por DCNTs ocorrem em países de baixa e média renda⁵⁷, onde vivem também dois terços da população com sobrepeso e obesidade, colocando a obesidade como um desafio não apenas de países de alta renda.

⁵⁴ MCKINSEY GLOBAL INSTITUTE. **Overcoming obesity: An initial economic analysis**. Discussion paper. McKinsey & Company, November, 2014, p.1.

⁵⁵ Ibid., p. 1.

⁵⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fact Sheet on Noncommunicable Diseases**. 1 jun 2018. Disponível em: < <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

⁵⁷ Ibid.

Conforme já comentado, nível de educação e contexto socioeconômico relacionam-se à prevalência de obesidade. Reciprocamente, a obesidade afeta o mercado laboral, que por sua vez, contribui em reforçar disparidades sociais⁵⁸. Estudos globais reportam consistente associação entre obesidade e deficiência na produtividade laboral, incluindo absenteísmo e presenteísmo.⁵⁹ Pessoas com obesidade possuem piores perspectivas de trabalho comparado à pessoas com peso normal, eles tem menos chances de serem contratados e tem maiores dificuldades em se realocarem no mercado de trabalho⁶⁰. Devido ao maior número de faltas ao trabalho por motivos de saúde, pessoas com obesidade podem apresentar menor produtividade, comprometendo inclusive sua remuneração. Atuar sobre o tema da obesidade é necessário para inclusive quebrar o círculo vicioso das disparidades sociais e de saúde.⁶¹

As deficiências atribuídas à obesidade e suas consequências foram calculadas em 2004 em mais de 36 milhões ajustados aos anos de vida incapacitados, com a obesidade sendo responsável por 2% a 6% do total de custos de assistência de saúde em muitos países.⁶²

Algumas estimativas nacionais demonstram que as intervenções para prevenção da obesidade infantil podem ser altamente custo-efetivas, como por exemplo, na Irlanda, uma estimativa de redução da obesidade infantil economizaria 1,1 bilhões de euros nos custos totais do tempo de vida⁶³. No México, estimou-se que o custo de atenção à obesidade será de 57.678 milhões de pesos, em relação ao tratamento de diabetes, hipertensão e complicações correlatas

⁵⁸ DEVAUX, Marion; FRANCO, Sassi. **The Labour Market Impacts of Obesity, Smoking, Alcohol Use and Related Chronic Diseases** [DELSA/HEA/WD/HWP(2015)9]. OECD Health Working Papers No. 86. Paris: OECD Publishing, 2015.

⁵⁹ Alguns estudos citados por OECD. **Obesity Update 2017**. OECD, 2017:

- DEE, A.; KEARNS, K.; O'NEILL, C.; SHARP, L.; STAINES, A.; O'DWYER, V., et al. The direct and indirect costs of both overweight and obesity: a systematic review. **BMC Res Notes**. v. 7, 242, 2014.

- DIBONAVENTURA, M.; LAY, A.L.; KUMAR, M.; HAMMER, M.; WOLDEN, M.L. The association between body mass index and health and economic outcomes in the United States. **J Occup Environ Med**. v. 57, n.10, p.1047–1054, 2015.

- GATES, D.M.; SUCCOP, P.; BREHM, B.J.; GILLESPIE, G.L.; SOMMERS, B.D. Obesity and presenteeism: the impact of body mass index on workplace productivity. **J Occup Environ Med**. v. 50, p. 39–45, 2008.

- GUPTA, S.; RICHARD, L.; FORSYTHE, A. The humanistic and economic burden associated with increasing body mass index in the EU5. **Diabetes Metab Syndr Obes**. v. 8, p. 327–338, 2015.

⁶⁰ OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>. Apud OECD. **Obesity Update 2017**. OECD, 2017.

⁶¹ OECD. **Obesity Update 2017**. OECD, 2017.

⁶² SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.804.

⁶³ PERRY, Ivan J. et al. **What are the estimated costs of childhood overweight and obesity on the island of Ireland?**. Safefood. November, 2017. Disponível em:

<<https://www.safefood.eu/SafeFood/media/SafeFoodLibrary/Documents/Publications/Research%20Reports/Cost-of-childhood-obesity-Report.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

até o ano de 2050⁶⁴.

No Brasil, alguns estudos já estimaram os custos da obesidade para o país, não apenas os elevados custos médicos, mas também custos para sociedade, como deficiência na qualidade de vida relacionada à saúde, perda de produtividade, aposentadorias precoces e morte. Um estudo estimou que o Sistema Único de Saúde (SUS) gasta anualmente cerca de 3,6 bilhões de reais por ano com tratamento de doenças associadas ao sobrepeso e obesidade (média dos anos de 2008 a 2010).⁶⁵ As doenças cardiovasculares foram responsáveis por 67% dos custos, seguida pelo tratamento do câncer.⁶⁶ O custo da perda de produtividade é 50% maior que indivíduos com peso saudável. Os custos de hospitalização foram duas vezes mais altos (R\$ 3141,84 vs. R\$ 1349,60) e os indiretos foram quase o dobro (R\$ 1656,80 vs. R\$ 884,15) para indivíduos com obesidade classe III em comparação com indivíduos não obesos (calculados com dados de 2011 a 2015).⁶⁷ Usando dados de 2001, verificou-se que mais de 1 milhão de dias-de-trabalho e custos indiretos foram perdidos por fatores relacionados à obesidade.⁶⁸

Ainda no Brasil, em 2011, os custos diretos de assistência à saúde atribuíveis à obesidade em adultos totalizaram US\$ 269,6 milhões; já com a obesidade mórbida, os gastos representavam aproximadamente 24%, desse total (US\$ 64,2 milhões).^{69,70} A obesidade custa ao Brasil 2,4% do Produto Interno Bruto (PIB), o que equivaleria a 158,4 bilhões considerando o PIB brasileiro em 2017.⁷¹

⁶⁴ GARDUÑO-ESPINOSA, Juan; et. al. **Una mirada desde los servicios de salud a la nutrición de la niñez mexicana. III. Carga económica y en salud de la obesidad en niños mexicanos. Proyecciones de largo plazo.** *Bol. Med. Hosp. Infant.*, México, v. 65, n. 1, ene./feb., 2008.

⁶⁵ BAHIA, Luciana; ARAÚJO, Denizar Vianna. Impacto econômico da obesidade no Brasil. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 13, n. 1, 2014, p. 16.

⁶⁶ *Ibid.* p.16.

⁶⁷ KUDEL, Ian. et al. The Association between Body Mass Index and Health and Economic Outcomes in Brazil. *Diabetology & Metabolic Syndrome*. v. 10, n. 20, 2018. Disponível em: <

<https://dmsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13098-018-0322-9>> . Acesso em: 12 abr. 2019.

⁶⁸ SICHIERI, Rosely; DO NASCIMENTO, Sileia; COUTINHO, Walimir. The burden of hospitalization due to overweight and obesity in Brazil. *Cad Saude Publica*. Rio de Janeiro, v. 23, n.7, p.1721–7, 2007, p.1726.

⁶⁹ DE OLIVEIRA, Michele Lessa.; SANTOS, Leonor M.P.; SILVA, Everton N. Direct Healthcare Cost of Obesity in Brazil: An Application of the Costof-Illness Method from the Perspective of the Public Health System in 2011. *PLoS One*, 10(4): e0121160, 1 Abr 2015.

⁷⁰ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS/BRA. **Relatório da Reunião Técnica de Avaliação Econômica em Saúde com Foco na Obesidade**. Brasília, 11 e 12 de junho de 2018, p. 14.

⁷¹ MCKINSEY GLOBAL INSTITUTE. **Overcoming obesity: An initial economic analysis**. Discussion paper. McKinsey & Company, November, 2014.

Assumindo que nenhuma intervenção política efetiva seja levada à cabo, estudo recente⁷² estimou que em 2025 cerca de 268 milhões de crianças entre 5 e 17 anos podem apresentar sobrepeso, incluindo 91 milhões com obesidade. Também estimou-se o número provável de crianças em 2025 com comorbidades relacionadas à obesidade: anomalia de tolerância à glicose (12 milhões); diabetes tipo 2 (4 milhões); hipertensão (27 milhões); esteatose hepática (38 milhões). No Brasil, caso nada seja feito, a projeção é de termos em 2025 cerca de 11,4 milhões de crianças com sobrepeso (incluindo obesidade). Ainda no Brasil, os números potenciais de crianças entre 5 e 17,9 anos em 2025 com comorbidades relacionados à obesidade (sendo que indivíduos podem experimentar mais de uma comorbidade) são: anomalia de tolerância à glucose (472 mil); diabetes tipo 2 (150 mil); hipertensão (1.018 milhão); esteatose hepática (1.410 milhão). Pesquisadores apontam que se não houver serviço adequado de identificação, tais condições provavelmente permanecerão sem tratamento até se tornarem significantes problemas de saúde na vida adulta, incapacitantes e potencialmente custosos. Nesse sentido, o estudo aponta a importância de se preparar para o pior: para isso, gestores de serviços de saúde necessitam estar cientes da potencial escalada do problema e planejar os recursos financeiros e humanos necessários. Importante notar que as metas⁷³ estabelecidas pela OMS de não ter, até 2025, aumentos no nível de obesidade de crianças, adolescentes e adultos, baseado nos níveis de 2010, são improváveis de serem atingidas caso nenhuma intervenção efetiva seja tomada.⁷⁴

1.4 Panorama da Obesidade no Brasil

⁷² LOBSTEIN, Tim; JACKSON-LEACH, Rachel. Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school-age children in 2025. **Pediatric obesity**. v. 11, p. 321-325, 2016.

⁷³ O encontro de Alto Nível da Assembléia Geral da ONU, ocorrido em 2011, estabeleceu combater as DCNTs, e entre outras medidas, demandou recomendações para um conjunto de metas globais. Em maio de 2012, na 65ª Assembléia Mundial de Saúde, endossou-se o “Comprehensive Implementation Plan on maternal, infant and young child nutrition” que apresentou seis metas globais de nutrição a serem atingidas até 2025, aplicadas a crianças até 5 anos, tomando como base estimativas de 2010 (43 milhões abaixo de 5 anos). Na 66ª Assembléia Geral de Saúde, ocorrida em maio de 2013, endossou-se o “WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020” que incluía a meta de interromper o aumento de diabetes e obesidade, especificando que isso deveria ser monitorado em adultos e adolescentes. Cf. LOBSTEIN, Tim; JACKSON-LEACH, Rachel. Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school-age children in 2025. **Pediatric obesity**. v. 11, p. 321-325, 2016.

⁷⁴ LOBSTEIN, Tim; JACKSON-LEACH, Rachel. Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school-age children in 2025. **Pediatric obesity**, v. 11, p. 321-325, 2016.

Em 2015, 75,8% das mortes foram atribuídas às DCNTs, enquanto 12,4% foram por doenças infecciosas, maternas e neonatais.⁷⁵ Ao debruçarmos o olhar sobre o perfil de saúde e nutrição da população brasileira, percebe-se uma transição epidemiológica onde a população enfrenta uma “dupla carga” de doenças e má nutrição, ou seja, doenças infecciosas, desnutrição e carências nutricionais específicas, convivem com o aumento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) relacionadas à alimentação. Em uma peculiar transição nutricional, o Brasil passou de apresentar altas taxas em desnutrição na década de 1970, a ser um país com metade da população adulta com excesso de peso em 2008.⁷⁶

No mundo, já vivemos uma epidemia de obesidade e o Brasil segue apresentando índices crescentes de excesso de peso e obesidade em todos os grupos etários e classes sociais. Mais da metade dos brasileiros estão com excesso de peso: 59,8% das mulheres adultas e 57,3% dos homens adultos. A obesidade já atinge 20,8% dos brasileiros: 25,2% das mulheres e 17,5% dos homens estão com obesidade.⁷⁷ De acordo com o Vigitel⁷⁸, houve um aumento no índice de obesidade de 67,8% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 19,8% em 2018. O excesso de peso também foi evidenciado pelos registros do Vigitel, chegando a 55,7% da população brasileira. Comparando-se com o percentual de 2006 (42,6%) houve um aumento de 30,8%. O aumento da prevalência foi maior entre as faixas etárias de 18 a 24 anos, com 55,7%. Homens apresentam crescimento de 21,7% e as mulheres 40%.

Estudos epidemiológicos em diferentes países mostram que pacientes com obesidade tem risco aumentado de câncer digestivo tanto em homens como em mulheres, nas últimas, principalmente após a menopausa. Da mesma forma, existe uma associação entre obesidade e câncer de próstata, útero e mama. O papel da alimentação nos cânceres colorretais está associado à ingestão de excesso de gorduras animais e pouca ou nenhuma ingestão de frutas e vegetais ricos em betacaroteno e antioxidantes. A redução de peso tem um efeito significativo

⁷⁵ MALTA, D.C.; FRANÇA, E.; ABREU, D.M.X. Mortalidade por doenças não transmissíveis no Brasil, 1990 a 2015, segundo estimativas do estudo de Carga Global de Doenças. **Med J**, São Paulo, v.135, n.3, p.213-221, 2017.

⁷⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013, p. 16.

⁷⁷ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: ciclos de vida - Brasil e grandes regiões**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

⁷⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2018**. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

importante na diminuição da incidência de câncer digestivo. No âmbito brasileiro, estima-se que a obesidade é associada à causa de: 29% dos casos de câncer de endométrio; 26% e 20% dos casos de câncer de esôfago em mulheres e homens, respectivamente; 8% e 13% dos casos de câncer de pâncreas em homens e mulheres, respectivamente; e 14% dos casos de câncer de mama. Além disso, a obesidade é também considerada fator de risco para outras enfermidades, como osteoartrites, disfunção da vesícula biliar e problemas pulmonares.⁷⁹

Há uma maior velocidade de crescimento da obesidade e sobrepeso nas famílias mais pobres, de maior vulnerabilidade. Entre 2006 e 2018, a obesidade quase dobra (de 13,5% para 24,5%) e o diabetes supera o dobro (de 7,2% para 15,2%) na população adulta de baixa escolaridade. No mesmo período, tanto a obesidade quanto o diabetes aumentam em menor velocidade entre pessoas com curso superior (de 9,6% para 15,8% e de 3,3% para 3,7%, respectivamente)^{80,81}. A POF 2008-2009 também confirma a evidência de que há uma maior velocidade no crescimento prevalência da obesidade na população de mais baixa renda, por exemplo, na população masculina de mais baixa renda, a prevalência de obesidade foi 14 vezes maior em 2008-2009, comparada a 1974-75; enquanto que na população de mais alta renda, a prevalência de obesidade em 2008-2009 superou o dobro em relação a 1974-75.⁸² Nesse mesmo sentido, a OMS também reconhece que a alimentação não saudável, incluindo o consumo de gorduras, está aumentando rapidamente na população de baixa renda.⁸³

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, 6,2% da população de 18 anos ou mais referiram ter recebido diagnóstico médico de diabetes, o que equivale a 9,1 milhões de pessoas.⁸⁴ E com aferição direta, a PNS 2013 estimou que 22,3% dos adultos

⁷⁹ FEDERAÇÃO LATINO-AMERICANA DE SOCIEDADES DE OBESIDADE – FLASO. **Consenso Latino-Americano de Obesidade**. Arq Bras Endocrinol Metab, v. 43, n. 1, fev, 1999, p.25.

⁸⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006**. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília, DF 2007.

⁸¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2018**. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília, DF 2019.

⁸² Conforme gráfico 18 de: BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro 2010.

⁸³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011.

⁸⁴ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

possuem pressão arterial elevada: 19,5% do gênero feminino e 25,3% do gênero masculino⁸⁵. Por sua vez o Vigitel estimou que 24,1% da população adulta referiu ter recebido diagnóstico de hipertensão em 2013.⁸⁶

Em relação à atividade física, em 2013 quase um terço (31,9%) da população adulta brasileira deslocava-se de forma ativa e menos de um quarto era ativa no tempo livre (22,5%); 46% de adultos foram classificados como insuficientemente ativos; 28,9% declararam ter assistido televisão por três ou mais horas diárias.⁸⁷

Importante comentar que os padrões de consumo alimentar da população brasileira passam por intensas mudanças, como por exemplo, pela crescente substituição dos alimentos *in natura* ou minimamente processados e de ingredientes culinários por alimentos ultraprocessados⁸⁸. Estudo sobre a venda de alimentos demonstram que desde a década de 1990 a venda dos produtos alimentícios ultraprocessados no Brasil vem se expandindo, seguindo uma tendência dos países de renda média.⁸⁹ Tal tendência é confirmada por pesquisas de aquisição domiciliar de alimentos que demonstram que a participação relativa dos alimentos ultraprocessados no total de calorias adquiridas aumentou de 10,7% em 1987-1988 para 21,3% em 2008-2009. Os produtos alimentícios que tiveram maior crescimento de consumo foram salsichas e outras carnes processadas, doces industrializados, refrigerantes e refrescos.⁹⁰ Dentre os alimentos *in natura*, os que mais deixaram de ser comprados foram o arroz e o feijão. Entretanto, os alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias feitas com esses alimentos ainda correspondiam, no total de calorias consumidas, a quase dois terços da alimentação dos brasileiros (conforme análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2008-2009).⁹¹ Ou seja, a base alimentar do brasileiro caminha para ser substituída por produtos alimentícios ultraprocessados industrializados, porém, diferente de

⁸⁵ Ibid.

⁸⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

⁸⁷ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

⁸⁸ O Capítulo 3 desse trabalho traz a definição detalhada dos grupos de alimentos conforme a classificação NOVA.

⁸⁹ MONTEIRO, C.A.; MOUBARAC, J.-C.; CANNON, G. et al. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. **Obes Rev**, v.14, suppl.2, p.21s-28s, 2013.

⁹⁰ LOUZADA, Maria Laura da Costa. et. al. **Alimentação e saúde: a fundamentação científica do guia alimentar para a população brasileira**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2019, p. 26.

⁹¹ Ibid, p. 26.

alguns países do norte, o Brasil ainda possui sua base alimentar majoritária em “comida de verdade”.⁹²

1.5 Panorama da Obesidade Infantil ⁹³

Uma em cada três crianças brasileiras (meninos e meninas entre 5 e 9 anos) apresentam excesso de peso: 34,8% dos meninos com excesso de peso; 32% das meninas com excesso de peso; 16,6% dos meninos com obesidade; 11,8% de meninas com obesidade.⁹⁴ No caso dos adolescentes (de 12 a 17 anos), 8,4% estão com obesidade e 17,1% estão com excesso de peso.⁹⁵ De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, no Brasil, a ingestão de alimentos ultraprocessados começa já nos primeiros anos de vida: 32,3% das crianças menores de dois anos consomem refrigerantes ou suco artificial; 60,8% das crianças menores de 2 anos comem biscoitos, bolachas ou bolo.⁹⁶

A obesidade infantil é um dos mais sérios desafios globais de saúde pública do século XXI, afetando todos os países do mundo. Em apenas 40 anos, o número de crianças e adolescentes em idade escolar com obesidade cresceu de 11 milhões a 124 milhões (estimativa

⁹² O conceito de produtos alimentícios ultraprocessados será esclarecido mais à frente no ponto 3 desse trabalho.

⁹³ Definição de obesidade infantil segundo a OMS:

De 0 a 4 anos de idade (<http://www.who.int/childgrowth/es/>):

- Sobrepeso: escore z de peso-altura ≥ 2 DP e < 3 DP
- Obeso: escore z de peso-altura ≥ 3 DP
- Sobrepeso e obesidade combinados: escore z de peso-altura ≥ 2 DP

De 5 a 19 anos de idade (http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull.pdf):

- Sobrepeso: índice de massa corporal (IMC) ≥ 1 DP e < 2 acima da mediana de referência de crescimento da OMS

- Obeso: IMC ≥ 2 DP acima da mediana de referência de crescimento da OMS

- Sobrepeso e obesidade combinados: IMC ≥ 1 acima da mediana de referência de crescimento da OMS

Fonte: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes**. (Original: inglês). 53 Conselho Director 66a Sessão do Comitê Regional da OMS. Washington, D.C., USA, 2014.

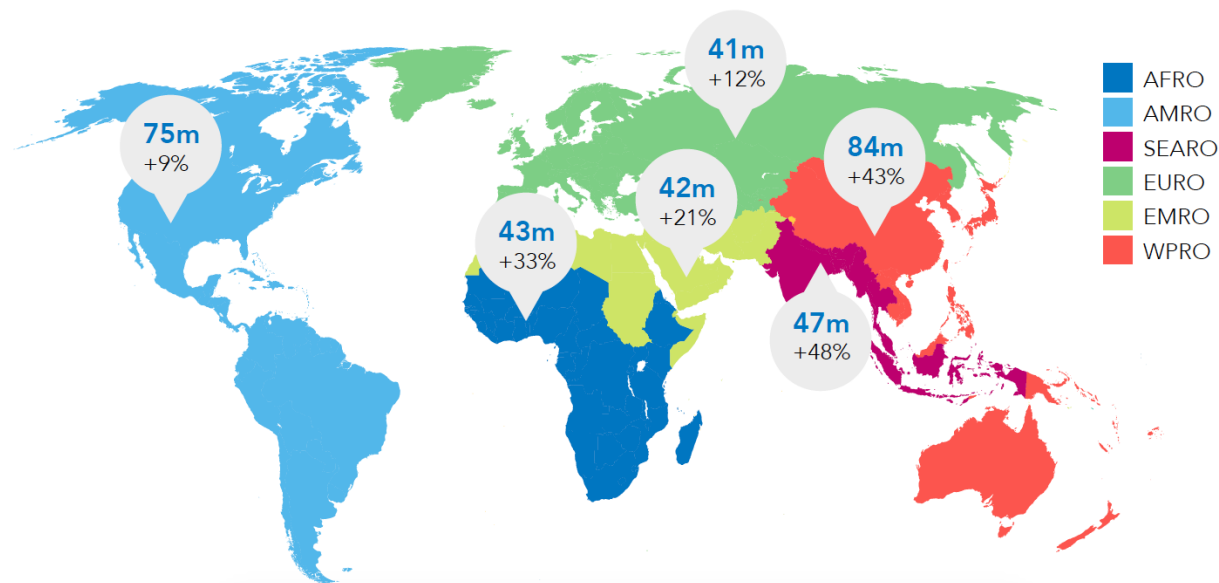
⁹⁴ BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.

⁹⁵ BLOCH, Katia Vergetti. et. al. ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. **Rev Saude Publica**, 50, supl 1, 2016, p.5s.

⁹⁶ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: ciclos de vida - Brasil e grandes regiões**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

de 2016). Além disso, estima-se que 216 milhões de crianças possuíam sobrepeso em 2016.⁹⁷ Essa condição também afeta crianças pequenas, com mais de 38 milhões de crianças abaixo de 5 anos vivendo com sobrepeso ou obesidade em 2017.⁹⁸

Figura 5: Número de crianças (em milhões) de 5-19 anos de idade vivendo com sobrepeso ou obesidade em 2016 e o aumento da prevalência de 2010 a 2016, por região da Organização Mundial da Saúde.⁹⁹



Fonte: NCD-RisC (2017)

A epidemia tem crescido mais rapidamente em países de baixa e média renda, particularmente na região Norte e Sul da África, Oriente Médio e Ilhas do Pacífico.

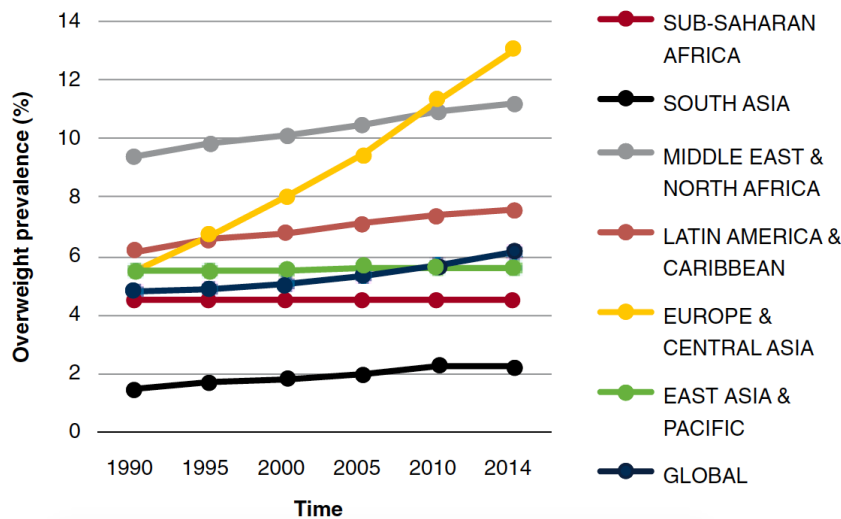
A figura abaixo mostra que desde 1990 a prevalência de sobrepeso infantil tem crescido mundialmente, especialmente na Europa, Ásia Central, seguido pela América Latina e Caribe. As taxas de prevalência já eram altas e continuam a subir no Oriente Médio e África do Norte.

⁹⁷ NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*, London, England, v. 390, 10113, p. 2627-2642, 2017. doi:10.1016/S0140-6736(17)32129-3 apud WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Taking Action on Childhood Obesity** (WHO/NMH/PND/ECHO/18.1). World Health Organization, 2018. Disponível em < <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18.1-eng.pdf?ua=1> >. Acesso em: 20 abr. 2019.

⁹⁸ UNICEF; WHO; World Bank. **Joint Child Malnutrition Estimates**, 2018. apud WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Taking Action on Childhood Obesity** (WHO/NMH/PND/ECHO/18.1). World Health Organization, 2018.

⁹⁹ Figura extraída de: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Taking Action on Childhood Obesity** (WHO/NMH/PND/ECHO/18.1). World Health Organization, 2018.

Figura 6: Tendências global e regional de prevalência de sobrepeso infantil, 1990-2013 (Crianças menores de 5 anos).¹⁰⁰



Fonte: UNICEF, WHO, and World Bank, 2014; cross-reference with HNP ASA on global obesity.

Figura 7: Prevalência % de sobrepeso e obesidade por regiões da Organização Mundial da Saúde por gênero e idade (usando IOTF International Cut off Points).¹⁰¹

WHO Region	Gender	% Overweight			WHO Region	Gender	% Obesity			WHO Region	Gender	% Overweight including Obesity		
		5-9yrs	10-13yrs	14-17yrs			5-9yrs	10-13yrs	14-17yrs			5-9yrs	10-13yrs	14-17yrs
Africa	Male	3.0	3.5	1.9	Africa	Male	1.1	1.0	0.9	Africa	Male	4.1	4.5	2.8
	Female	3.7	4.3	5.9		Female	1.2	1.2	1.0		Female	4.9	5.5	6.9
America's	Male	16.2	20.4	18.6	America's	Male	7.2	9.0	13.3	America's	Male	23.4	29.4	31.9
	Female	15.1	18.6	17.7		Female	7.4	10.1	10.9		Female	22.6	28.7	28.6
EMRO	Male	10.0	10.5	11.6	EMRO	Male	7.4	5.3	6.1	EMRO	Male	17.4	15.8	17.8
	Female	10.7	12.5	13.4		Female	11.1	3.6	4.3		Female	21.9	16.1	17.7
European	Male	15.3	17.5	14.8	European	Male	6.0	4.0	3.3	European	Male	21.3	21.5	18.1
	Female	17.4	15.6	11.9		Female	5.8	3.4	2.9		Female	23.3	19.0	14.8
SEA	Male	6.5	17.7	7.0	SEA	Male	1.1	4.2	2.6	SEA	Male	7.5	21.9	9.6
	Female	3.7	11.3	5.6		Female	0.0	0.0	1.5		Female	3.7	11.3	7.1
WPR	Male	6.7	5.7	5.3	WPR	Male	3.2	1.5	1.0	WPR	Male	9.9	7.2	6.3
	Female	5.5	4.5	5.1		Female	1.8	0.9	0.6		Female	7.3	5.4	5.7
Please note that China dominates by population size the WPR region and therefore the results are also shown excluding China														
WPR excluding China	Male	14.9	13.5	13.0	WPR Excluding China	Male	12.3	4.3	3.9	WPR excluding China	Male	27.2	17.8	16.9
	Female	14.8	12.5	10.4		Female	6.9	3.0	2.1		Female	21.7	15.5	12.6

© World Obesity Federation, Last reviewed November 2018, Last Updated November 2015

Fonte: World Obesity Federation, Novembro 2015

Tais tendências desmistificam a ideia de que a obesidade e DCNTs relacionadas sejam exclusivamente “doenças de sociedades prósperas”, tal relação entre renda e fatores de risco é

¹⁰⁰ Figura extraída de: HTENAS, Aira Maria; TANIMICHI-HOBERG, Yurie; BROWN, Lynn. **An overview of links between obesity and food systems: implications for the agriculture GP agenda.** Washington, D.C.: World Bank Group, 2017.

¹⁰¹ Figura extraída de: WORLD OBESITY FEDERATION. **Global Obesity Observatory.** Disponível em: <www.worldobesitydata.org>. Acesso em: 15 abr. 2019.

muito mais complexa.¹⁰² Conforme comentado, o consumo de alimentos não saudáveis é fortemente associado tanto à baixa renda como à baixa escolaridade em diversos países em desenvolvimento e de média-renda.^{103,104}

1.6 Comorbidade e impactos da obesidade infantil

A obesidade infantil é associada a comorbidades que afetam quase todos os sistemas do corpo, incluindo, endócrino, gastrointestinal, pulmonar, cardiovascular e sistema musculoesquelético. Além de aumentar os riscos futuros, crianças com obesidade podem apresentar dificuldades respiratórias, aumento do risco de fraturas, hipertensão, marcadores precoces de doença cardiovascular, dislipidemia, resistência à insulina (diabetes tipo 2), esteato-hepatite e efeitos psicológicos.^{105,106}

¹⁰² Estudos sugerem que após o país atingir um PIB per-capita de US\$2.500 dólares americanos, a obesidade torna-se mais prevalente nos grupos de baixa-renda em relação aos grupos de alta-renda. Cf.

- MONTEIRO, Carlos A. et al.. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. **Boletín de la Organización Mundial de la Salud**, v. 82, n. 12, diciembre de 2004, p. 940-946.;

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud: marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación**. Ginebra, 2008, párr. 8.

¹⁰³ Cf. OFICINA REGIONAL DE LA OMS PARA EL PACÍFICO OCCIDENTAL. Non-Communicable Disease and Poverty: the Need for Pro-Poor Strategies in the Western Pacific Region: a Review. **Examen**, Ginebra, p. 29-32, 2007. apud NACIONES UNIDAS. CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover - Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud. Naciones Unidas (A/HRC/26/31)**. Asamblea General. 1 de abril de 2014, Español, parágrafo 42.

¹⁰⁴ “A alimentação não-saudável tende a acarretar piores consequências para grupos de baixa-renda em relação a outros. A desnutrição no início da vida pode levar a maior probabilidade de obesidade em momentos posteriores devido à relação “abundância ou escassez” que faz com que o corpo acumule gordura quando disponível. Essa combinação de falta de segurança alimentar ou fome com a imediata disponibilidade de *junk food*, com alta densidade calórica, faz com que comunidades de baixa-renda estejam particularmente expostas às DCNTs, em comparação com grupos de mais alta renda.” (tradução nossa) NACIONES UNIDAS. CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover - Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud. Naciones Unidas (A/HRC/26/31)**. Asamblea General. 1 de abril de 2014, Español, parág. 45.

¹⁰⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Fact-sheet: Obesity and overweight. 16 February 2018.

¹⁰⁶ SKINNER, A.C.; PERRIN, E.M.; MOSS, L.A.; SKELTON, J.A. Cardiometabolic risks and severity of obesity in children and young adults. **N Engl J Med**. v. 373, 14, p. 1307-1317, 2015. apud KUMAR, Seema et al. Review of Childhood Obesity. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 92, n. 2, p.251-265, 2016.

Estudo de revisão científica traz os seguintes detalhamentos das comorbidades da obesidade infantil:¹⁰⁷

- **Problemas Cardio-metabólicos e cardiovascular**

Crianças com obesidade têm um risco aumentado de hiperinsulinemia, resistência à insulina, pré-diabetes e, posteriormente, diabetes tipo 2. A prevalência de pré-diabetes e diabetes tipo 2 varia com a gravidade da obesidade, etnia e idade da criança. Aqueles que apresentam diabetes tipo 2 durante a adolescência parecem ter uma deterioração mais rápida do controle glicêmico e da progressão de complicações relacionadas ao diabetes, como microalbuminúria, dislipidemia e hipertensão. Crianças com obesidade também têm uma alta prevalência de outros fatores de risco cardiometabólico, incluindo pressão arterial elevada, níveis baixos de colesterol de lipoproteína de alta densidade e níveis elevados de triglicérides. Os achados ecocardiográficos incluem hipertrofia ventricular esquerda, aumento do diâmetro do ventrículo esquerdo e do átrio esquerdo e disfunção sistólica e diastólica.

- **Problemas Endócrino**

A obesidade pode estar associada ao início precoce da maturação sexual em meninas e com crescimento linear acelerado e maturação esquelética avançada. Adolescentes do gênero feminino com obesidade possuem maior risco de desenvolvimento de hiperandrogenismo e síndrome dos ovários policísticos. As manifestações da síndrome dos ovários policísticos podem incluir menstruação irregular, acne e hirsutismo.

- **Problemas Pulmonar**

Crianças com obesidade têm uma prevalência consideravelmente maior de apneia obstrutiva do sono (AOS) do que crianças com peso saudável. A prevalência e gravidade da AOS aumentam com o aumento do IMC. Crianças com obesidade grave também podem ter hipoventilação alveolar associada a dessaturação grave de oxigênio. Também demonstrou-se que a obesidade infantil está associada à asma.

- **Problemas Gastrointestinal**

A doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) em crianças está fortemente associada à obesidade. O espectro da DHGNA pode variar de esteatose simples a

¹⁰⁷ KUMAR, Seema et al. Review of Childhood Obesity. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 92, n. 2, p.251-265, 2016.

esteato-hepatite progressiva e cirrose. A doença hepática gordurosa não alcoólica é agora a causa mais comum de doença hepática em crianças.

- **Problemas Musculoesquelético**

A obesidade infantil aumenta o risco de vários problemas musculoesqueléticos, incluindo comprometimento da mobilidade, aumento da prevalência de fraturas, dor nas articulações dos membros inferiores e desalinhamento dos membros inferiores.

- **Problemas Psicossocial**

Consequências psicossociais da obesidade infantil são comuns e incluem baixa autoestima, ansiedade, depressão e diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde. Crianças com obesidade são mais propensas a se tornarem vítimas de *bullying* e discriminação. Tais problemas não decorrem da obesidade em si, mas da forma como a sociedade lida com os indivíduos com obesidade.

- **Problemas Dermatológicos**

Acanthosis nigricans, um marcador de resistência à insulina, é um achado comum em crianças com obesidade. Outras anormalidades cutâneas incluem intertrigo, hidradenite supurativa, furunculose e estrias.

- **Problemas Neurológicos**

A obesidade infantil está associada a um maior risco de hipertensão intracraniana idiopática (pseudotumor cerebral). Os sintomas clínicos incluem cefaleia, vômitos, dor ocular retro-ocular e perda visual.

- **Riscos a Longo Prazo**

Crianças cuja obesidade persiste até a idade adulta têm um risco significativamente maior de diabetes tipo 2, hipertensão, dislipidemia e aterosclerose das artérias carótidas do que os adultos que nunca sofreram de obesidade. Um IMC maior durante a infância também foi associado a um risco aumentado eventos cardiovasculares fatais e não fatais durante a idade adulta em homens e mulheres, embora isso possa ser parcialmente mediado pela associação entre obesidade infantil e obesidade adulta.

Em suma, em comparação com crianças com peso saudável, crianças com sobrepeso ou obesidade possuem mais chances de experimentar consequências negativas, incluindo: saúde deficiente na infância, baixa autoestima, maior possibilidade de ser vítima de *bullying*. Outros impactos apurados dizem respeito à baixa assiduidade na escola e fracos progressos

escolares; saúde deficiente na vida adulta, incluindo mais alto risco de obesidade e doenças cardiovasculares; piores perspectivas de emprego na vida adulta e com menores remunerações.

108

A obesidade infantil está associada a uma maior chance de obesidade, morte prematura e incapacidade na vida adulta. Um estudo estimou que nos Estados Unidos, crianças com obesidade aos dois anos possuem 75% de chance de serem obesos aos 35 anos. Adolescentes com obesidade aos 19 anos possuem 89% de chance de serem obesos aos 35 anos. Somente crianças com peso saudável aos 2 anos tem 50% de chance de ter peso saudável aos 35 anos.¹⁰⁹ Quanto maior a idade da criança, maior a chance de persistência da obesidade na vida adulta, por isso, a maioria dos adolescentes com obesidade provavelmente continuará a ser obeso na vida adulta.¹¹⁰ Estas constatações relacionam-se ao fato de que o desenvolvimento da celularidade adiposa na infância e na adolescência será determinante nos padrões de composição corporal (especificamente na percentagem e peso da massa corporal gorda) de um indivíduo adulto.¹¹¹ Nesse sentido, “torna-se importante a intervenção precoce nos padrões de obesidade infantil, pois nesta fase estão sendo desenvolvidos potenciais metabólicos influenciadores e/ou capazes de estabelecer padrões de obesidade que se manterão durante a vida adulta”¹¹².

Importante notar que, no caso de bebês e crianças pequenas a promoção do aleitamento materno é medida de suma importância como fator protetivo contra o ganho de peso prejudicial à saúde das crianças. A amamentação materna pode reduzir a prevalência de sobrepeso e obesidade em cerca de 10%¹¹³, e o aleitamento também pode ajudar as mães a

¹⁰⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Taking Action on Childhood Obesity** (WHO/NMH/PND/ECHO/18.1). World Health Organization. 2018, p.2.

¹⁰⁹ WARD, Z.J.. Simulation of Growth Trajectories of Childhood Obesity into Adulthood. **N Engl J Med.** v. 377, 22, 2017. Disponível em: < <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1703860> >. Acesso em: 25.Abr.2019

¹¹⁰ GUO, S.S.; ROCHE, A.F.; CHUMLEA, W.C.; GARDNER J.D.; SIERVOGEL R.M.. The predictive value of childhood body mass index values for overweight at age 35 y. **Am J Clin Nutr.**, v. 59, n. 4, p. 810-819, 1994.

¹¹¹ HAGER, A. et al. Body fat and adipose tissue cellularity in infants: a longitudinal study. **Metabolism**, v. 26, 6, p. 607-613, 1977. apud DÂMASO, Ana R.; TEIXEIRA, Luzimar R.; CURI, Claudia. Atividades Motoras na Obesidade. In: FISBERG, Mauro. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004, p. 121.

¹¹² DÂMASO, Ana R.; TEIXEIRA, Luzimar R.; CURI, Claudia. Atividades Motoras na Obesidade. In: FISBERG, Mauro. op. cit. , p. 121.

¹¹³ HORTA, B.L.; VICTORA, C.G. Long-term effects of breastfeeding: a systematic [Internet]. Genebra, OMS; 2013 apud. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes**. (Original: inglês). 53 Conselho Director 66a Sessão do Comitê Regional da OMS. Washington, D.C., USA, 2014, p.10.

perder peso mais rapidamente após a gravidez.¹¹⁴ Reconhecendo-se a importância do aleitamento materno por diversos outros motivos que não nos cabe aqui detalhar, foi estabelecido o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno¹¹⁵ que serviu como marco para a regulação das práticas de Mercado que colocam em risco o direito humano à alimentação das crianças. Trata-se de um relevante precedente para o avanço na regulação das práticas de *marketing* da indústria de produtos alimentícios ultraprocessados.

A OMS alerta nesse sentido¹¹⁶, listando as principais medidas para prevenção da obesidade infantil:¹¹⁷

The prevention of obesity in infants and young children should be considered of high priority. For **infants and young children**, the main preventive strategies are:

- the promotion of exclusive breastfeeding;
 - avoiding the use of added sugars and starches when feeding formula;
 - instructing mothers to accept their child's ability to regulate energy intake rather than feeding until the plate is empty;
 - assuring the appropriate micronutrient intake needed to promote optimal linear growth.
- For **children and adolescents**, prevention of obesity implies the need to:
- promote an active lifestyle;
 - limit television viewing;
 - promote the intake of fruits and vegetables;
 - **restrict the intake of energy-dense, micronutrient-poor foods (e.g. packaged snacks);**
 - **restrict the intake of sugars-sweetened soft drinks.**

(negrito nosso)

Nesse sentido, dependendo da fase da infância, as estratégias de prevenção da obesidade vão desde a promoção do aleitamento materno, à promoção de atividade física, promoção de dietas saudáveis incluindo a restrição à alimentos com alta densidade energética

¹¹⁴ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit. 2014, p.10.

¹¹⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. International code of marketing of breastmilk substitutes. [Internet]. Genebra: OMS, 1981. Disponível em: < http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf> . Acesso em 16 nov. 2019.

¹¹⁶ “Breastfeeding (protective). Breastfeeding as a protective factor against weight gain has been examined in at least 20 studies involving nearly 40 000 subjects. Five studies (including the two largest) found a protective effect, two found that breastfeeding predicted obesity, and the remainder found no relationships. There are probably multiple effects of confounding in these studies; however, the reduction in the risk of developing obesity observed in the two largest studies was substantial (20--37%). Promoting breastfeeding has many benefits, the prevention of childhood obesity probably being one of them.” WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases**. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series 916, 2003, p. 66.

¹¹⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases**. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series 916, 2003, p. 67-68.

e pobre em nutrientes, assim como restrições às bebidas açucaradas e refrigerantes (sendo essas últimas medidas restritivas, o foco do presente estudo). Para avançarmos na compreensão das estratégias de controle da obesidade infantil, necessário antes esclarecermos quais forças, de fato, operam como promotores desse grave problema de saúde.

2. PROMOTORES DA OBESIDADE E O AMBIENTE OBESOGÊNICO

O quadro epidemiológico da obesidade no Brasil e no mundo nos leva a diversas questões: Qual o tamanho e a natureza do problema? O que está guiando o aumento global da prevalência? Qual será o futuro caso nada seja feito? E quais ações podem reverter esse cenário de epidemia global? Tais questões estão sendo trabalhadas na Série sobre Obesidade da respeitada revista científica *The Lancet*, e aqui pretendemos trazer um resumo de seus achados e conclusões. A mais significativa é a de que a obesidade é resultado da resposta normal (esperada) de pessoas ao ambiente obesogênico em que elas se encontram. O aumento simultâneo da obesidade em quase todos os países parece estar sendo guiado pelas mudanças nos sistemas alimentares, que está produzindo mais produtos alimentícios processados, baratos e um *marketing* mais efetivo do que em outros tempos. Conforme salientado pelos pesquisadores, o apoio aos indivíduos para se contraporem aos ambientes obesogênicos sempre será importante, no entanto, a prioridade deve ser dada para políticas que revertam a natureza obesogênica desses entornos. A epidemia de obesidade não será revertida sem liderança governamental, regulação e investimento em programas de monitoramento e pesquisa.¹¹⁸

Pesquisadores apontam que possíveis promotores da epidemia de obesidade estão nos sistemas alimentares, com o aumento do abastecimento de alimentos baratos, palatáveis e de alta-densidade energética, avanços no sistema de distribuição que fazem com que certos produtos sejam mais acessíveis e convenientes, e um *marketing* mais persuasivo com grande poder de penetração. Essa hipótese, testada em diversos estudos, indicam a associação com o

¹¹⁸ SWINBURN, B.A., et al. The Global Obesity Pandemic: Shaped by Global Drivers and Local Environments. *The Lancet*, v. 378, p. 804-814, 2011, p.804.

aumento da obesidade nos Estados Unidos a partir dos anos 70^{119,120} e no Reino Unido a partir dos anos 80.¹²¹

O mundo passa por transformações econômico-culturais que impactam na forma que as sociedades se alimentam. No contexto dos Estados Unidos, observa-se que a tendência de comer fora de casa, majoritariamente em redes de *fast food*, cresceu paralelamente com o aumento da prevalência de obesidade.¹²² Com a globalização, num processo semelhante, as cidades se transformam no sentido de atender as necessidades de rapidez, conveniência, preço acessível e opções de escolha. A transição nutricional ocorrida em diversos países do mundo acompanharam essa tendência de urbanização, falta de informação adequada e forte indução à “dieta ocidental” caracterizada pela ampla oferta de produtos alimentícios industrializados com elevados teores de gorduras, açúcares, sal, e baixo em carboidratos complexos e fibras. Nesse cenário de modernidade pós-industrial, temos o império da escassez do tempo que reverbera no tempo de preparo e consumo dos alimentos, a crescente individualização dos hábitos alimentares, e a mecanização do alimento se apresentando como solução de conveniência.¹²³

Observando essas tendências, as corporações investem nos mecanismos de convencimento das pessoas ao consumo progressivo de produtos alimentícios com elevada densidade energética, utilizando-se de estratégias de *marketing* que comunicam supostas vantagens aos consumidores (como promoções ou porções gigantes) e abrindo mercados em países em desenvolvimento e em transição.¹²⁴ O consumo de tais produtos acaba substituindo dietas mais equilibradas baseadas em alimentos como hortaliças, leguminosas, frutas, com

¹¹⁹ Hall KD, Guo J, Dore M, Chow CC. The progressive increase of food waste in America and its environmental impact. **PLoS ONE**, 4: e7940, 2009. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.807.

¹²⁰ SWINBURN, B.; SACKS, G.; RAVUSSIN, E. Increased food energy supply is more than sufficient to explain the US epidemic of obesity. **Am J Clin Nutr**, v. 90, p. 1453–1456, 2009. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.807.

¹²¹ SCARBOROUGH, P.; BURG, M.R.; FOSTER, C.; et al. Increased energy intake entirely accounts for increase in body weight in women but not in men in the UK between 1986 and 2000. **Br J Nutr**, v. 105, p.1399-1404, 2011. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.807.

¹²² JEFFERY, R.W.; BAXTER, J.; MCGUIRE, M.; LINDE, J. Are fast food restaurants an environmental risk factor for obesity?. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 3, n. 2, 2006.

¹²³ A discussão sobre esse tema e a relação Estado-sociedade será mais profundamente abordado no capítulo 8 desse trabalho.

¹²⁴ CHOPRA, M.; DARNTON-HILL, I. Tobacco and obesity epidemics: not so different after all? **BMJ**, v. 328, n. 26, p. 1558-1560, 2004.

menor densidade energética e maior densidade de vitaminas minerais e outros nutrientes essenciais.

Importante notar a maior vulnerabilidade dos grupos de baixa-renda, que tem maiores possibilidade de estarem vivendo em “desertos alimentares”, ou seja, locais onde opções de alimentos saudáveis são escassas, ou vivendo em “pântanos alimentares”, ou seja, locais com alta presença e *marketing* da alimentos não saudáveis. Nesses ambientes, alimentos saudáveis estão menos disponíveis, ou possuem menor qualidade ou atratividade, ou são mais caros em áreas de baixa-renda. Essas mesmas zonas podem ter uma maior presença de estabelecimentos de *fast food* ou oferta de produtos alimentícios prontos para o consumo, do que nas zonas de alta-renda.¹²⁵

Swinburn et. al, desenvolveram em 2011 um quadro-conceitual¹²⁶ que reconhece a importância das condições ambientais sobre a população capazes de acentuar e atenuar os efeitos que fatores de promoção da obesidade tem na trajetória da prevalência populacional. De acordo com essa abordagem, os “condutores/determinantes da obesidade” são fatores ambientais (que mudaram substancialmente nos últimos 40 anos, coincidindo com a escalada global da epidemia da obesidade), possuem natureza global (afetando quase todos os países com condições econômicas possíveis), e são transmissíveis rapidamente, tendo em vista a natureza epidêmica simultânea entre os países. Os “moderadores/moduladores” são definidos como as condições ambientais que operam na população para acentuar ou atenuar os efeitos que os promotores tem na trajetória de mudança na prevalência de obesidade. Esses podem ser desde a cultura de imagem corporal, níveis de transporte ativo ou passivo num país, etc. Nesse sentido, o quadro-conceitual reconhece que o balanço energético é afetado por comportamentos e ambiente. Assim, o alimento aparece como um promotor ambiental, especificamente o “ambiente de abastecimento e de *marketing* que promovem alta ingestão energética”, e como um padrão de comportamento, ou seja “alto consumo de alimentos e energia associado ao baixo nível de atividade física”. Os autores localizam os possíveis promotores da obesidade nos sistemas alimentares, especificamente no aumento da oferta de

¹²⁵ NACIONES UNIDAS. CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover - **Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud**. Naciones Unidas (A/HRC/26/31). Asamblea General. 1 de abril de 2014, Español, parágrafo 44.

¹²⁶ SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.808.

produtos alimentícios baratos, hiper-palatáveis e com alta densidade energética; aumento da distribuição e acessibilidade a esses produtos alimentícios de conveniência; e ações de *marketing* desses produtos. Tal quadro-conceitual provê maior clareza à possíveis soluções à epidemia de obesidade:

Figura 8: Quadro-conceitual para categorizar determinantes da obesidade e soluções.¹²⁷

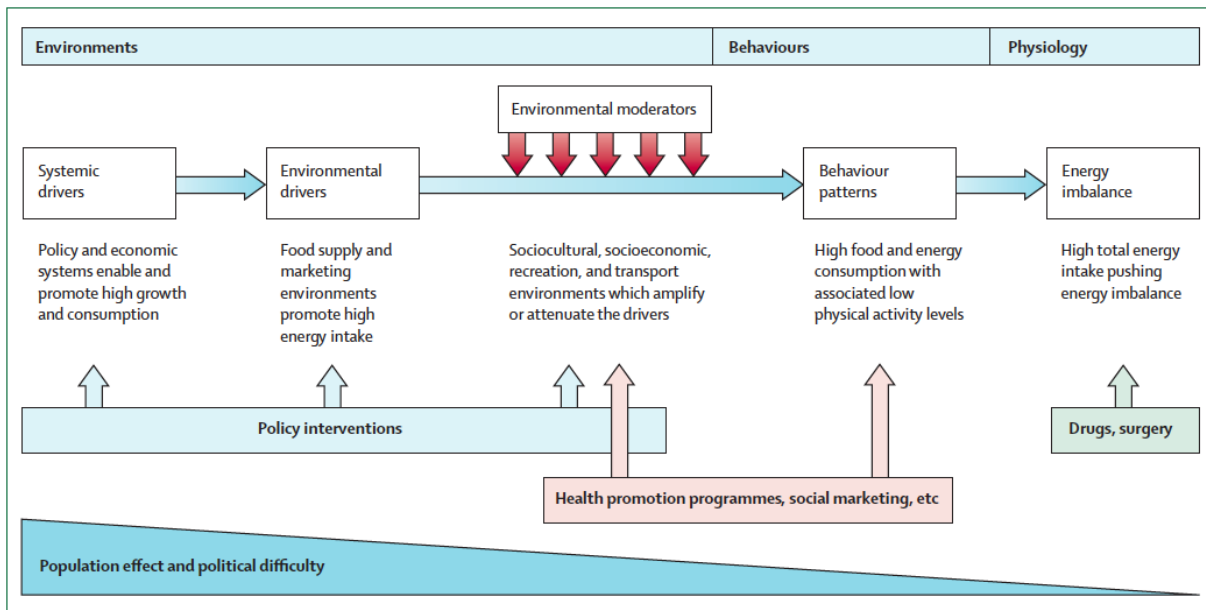


Figure 4: A framework to categorise obesity determinants and solutions

The more distal drivers are to the left and the environmental moderators that have an attenuating or accentuating effect are shown, along with some examples. The usual interventions for environmental change are policy based, whereas health promotion programmes can affect environments and behaviours. Drugs and surgery operate at the physiological level. The framework shows that the more upstream interventions that target the systemic drivers might have larger effects, but their political implementation is more difficult than health promotion programmes and medical services.

www.thelancet.com Vol 378 August 27, 2011

Fonte: SWINBURN, B.A., et al; 2011.

A barra esquerda, refere-se às intervenções políticas e de abrangência sistêmica que carregam maior potencial de impacto, tendo maior alcance populacional, mas também apresentando maior dificuldade de implementação. Na barra direita há as intervenções de abrangência individual (como medicamentos e cirurgia), que tem implementação relativamente mais fácil e possuem baixo custo político (mas com altos custos de assistência médica) e baixa viabilidade e sustentabilidade para tratar a população como um todo.¹²⁸ Uma

¹²⁷ Figura extraída de: SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.808.

¹²⁸ HTENAS, Aira Maria; TANIMICHI-HOBERG, Yurie; BROWN, Lynn. **An overview of links between obesity and food systems: implications for the agriculture GP agenda.** Washington, D.C.: World Bank Group, 2017.

das conclusões é que regimes fiscais, regulação do mercado e políticas econômicas e sociais imprimem as condições sob as quais operam os indivíduos e o mercado, e muitas dessas condições podem ter um efeito distal na obesidade.^{129 130}

Outros fatores ambientais e individuais podem moderar ou modular os efeitos dos promotores de obesidade global no IMC da população, como a culinária e a cultura gastronômica e até mesmo a cultura em torno da imagem corporal. Não olvidemos também do papel da atividade física para composição dos ambientes obesogênicos, ou seja, locais com poucas oportunidades de atividades de recreação e com infraestrutura de sistema de transporte que desencoraja formas ativas de locomoção, como caminhar, andar de bicicleta, imprimem forte dependência em veículos motorizados. Tais efeitos podem ser poderosos para explicar as diferenças na prevalência de obesidade entre distintas populações. Essa constatação traz consigo oportunidades para realização de intervenções no sentido de tornar esses ambientes menos obesogênicos, tais quais, o aumento nos preços de produtos alimentícios não saudáveis^{131,132,133}, a diminuição de preços de alimentos saudáveis, planejamento urbano e de transportes que encorajem a população a assumir posturas ativas, como por exemplo, disponibilização de trajetos como ciclovias, calçadas, iluminação das ruas, segurança, espaços para recreação que favoreçam uma vida mais ativa.¹³⁴

Os estudos e considerações acerca do ambiente obesogênico não ignoram os aspectos individuais promotores da obesidade. A associação de fatores genéticos à obesidade tem sido largamente pesquisada, no entanto, para além da identificação de algumas raras e singulares abnormalidades genéticas, a tarefa de identificar genes que expliquem a obesidade populacional tem sido mal sucedida. Há pouca evidência de que certas populações sejam mais

¹²⁹ EGGER, G.; SWINBURN, B. **Planet obesity: how we're eating ourselves and the planet to death**. Sydney: Allen and Unwin, 2010. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.807.

¹³⁰ SACKS, G.; SWINBURN, B.; LAWRENCE, M. Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. **Obes Rev.**, v. 10, p. 76–86, 2009. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.807.

¹³¹ SACKS, G.; VEERMAN, J.L.; MOODIE, M.; SWINBURN, B. 'Traffic-light' nutrition labelling and 'junk-food' tax: a modelled comparison of cost-effectiveness for obesity prevention. **Int J Obes**, London, 2010; published online Nov 16. DOI:10.1038/ijo.2010.228. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.808.

¹³² MYTTON, O.; GRAY, A.; RAYNER, M.; RUTTER, H. Could targeted food taxes improve health? **J Epidemiol Community Health**, v. 61, p. 689–694, 2007. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.808.

¹³³ BROWNELL, K.D.; FRIEDEN, T.R. Ounces of prevention—the public policy case for taxes on sugared beverages. **N Engl J Med**, v. 360, p.1805–1808, 2009. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.808.

¹³⁴ SWINBURG, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Prevent. Med.**, v. 29, p. 563-570, 1999.

suscetíveis à obesidade por motivos genéticos. Uma maneira eficaz de pensar na relação de genes com a obesidade foi expressa por George Bray quando disse “o contexto genético carrega a arma, mas o ambiente aperta o gatilho”¹³⁵. Em suma, as contribuições da genética à obesidade devem ser abordadas, em primeira instância, por meio da minimização dos “disparadores” ambientais, ao invés da manipulação da genética da arma.

O papel das escolhas individuais como causa e solução à obesidade tem um grande apelo por sua abordagem simplória. A decisão final em consumir determinado alimento ou bebida ou de se exercitar é sempre do indivíduo, no entanto, tal decisão é fruto de uma negociação complexa dentro de um ambiente e das escolhas possíveis que ele apresenta. Muitas dessas decisões podem até ser automáticas ou subconscientes. Estudiosos¹³⁶ sobre o tema alegam que consumo alimentar excessivo ocorre de maneira aquém da conscientização individual. Psicólogos do apetite chamam isso de *passive overconsumption*¹³⁷ ou consumo excessivo passivo. Assim, estratégias cognitivas para combater o consumo em excesso, como dietas para perda de peso, podem ser bem sucedidas para alguns indivíduos, porém são soluções improváveis e não factíveis para populações. Além do mais, até dietas com alguma comprovação científica para perda de peso (como a dieta da proteína ou dieta de baixo índice glicêmico), não são soluções adequadas para a obesidade global por seus efeitos nocivos ao meio ambiente (ex. alto consumo de carne, ou sobrecarga ambiental por alta demanda de determinada produção) e outros potenciais efeitos adversos à saúde.

Tendo isso em vista, as intervenções diferem entre aquelas direcionadas a motivar mudanças de comportamento (como programas de promoção da saúde, *marketing* social e educação) e intervenções políticas (medidas vinculantes como leis e regulações) que revertam os promotores ambientais da obesidade. As intervenções para motivar mudanças comportamentais podem ser entendidas como medidas de combate aos promotores do ambiente obesogênico pela atuação em mediadores, e podem ter importantes efeitos de prevenção. No entanto, a sustentabilidade, factibilidade e o custeio de tais programas são

¹³⁵ BRAY, G.A. The epidemic of obesity and changes in food intake: the Fluoride Hypothesis. **Physiol Behav**, v. 82, p.115–121, 2004. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.810.

¹³⁶ COHEN, D.A. Neurophysiological pathways to obesity: below awareness and beyond individual control. **Diabetes**, v. 57, p.1768–73, 2008. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.809.

¹³⁷ BLUNDELL, J.E.; KING, N.A. Over-consumption as a cause of weight gain: behavioural-physiological interactions in the control of food intake (appetite). **Ciba Found Symp**, v. 201, p. 138–154, 1996. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.809.

desafios constantes, e o principal, tais programas não abordam os promotores sistêmicos e ambientais da obesidade. Nesse sentido, frear a epidemia de obesidade exclusivamente com medidas educacionais, comportamentais ou farmacológicas, apresentará sucesso limitado¹³⁸ e exigiria um volume de recursos muito maior.

Conforme alerta Swinburn *et. al.*, as intervenções que objetivam reverter os promotores de obesidade serão lideradas por políticas governamentais, por exemplo, por meio de mudanças nas políticas de agricultura de forma a incorporar as externalidades em saúde; banimento de *marketing* de alimentos não saudáveis direcionado à criança, políticas de alimentação saudável nas compras públicas, etc. As intervenções políticas no ambiente obesogênico possuem diversos pontos fortes: alcançam a população como um todo; tendem a ser sustentáveis; tornam-se sistêmicas; e revertem alguns dos promotores ambientais.¹³⁹ Tais políticas teriam efeitos duradouros na transformação comportamental dos indivíduos, uma vez que se incorporam nas estruturas, nos sistemas e em normas socioculturais¹⁴⁰. Entretanto, há uma grande resistência na aprovação de políticas custo-efetivas, como por meio do poderoso lobby da indústria alimentícia e seus aliados contra a regulação governamental do mercado de alimentos.^{141 142}

Tendo isso em vista, o diagrama abaixo traz uma ilustração sobre os desafios enfrentados pelo indivíduo para viver uma vida saudável em face à crescente pressão do contexto social para viver de forma não saudável.

¹³⁸ SOUZA, Noa Pereira Prada de; OLIVEIRA; Maria Rita Marques de. O ambiente como elemento determinante da obesidade. **Revista Simbio-Logias**, v.1., n.1, mai/2008, p. 158.

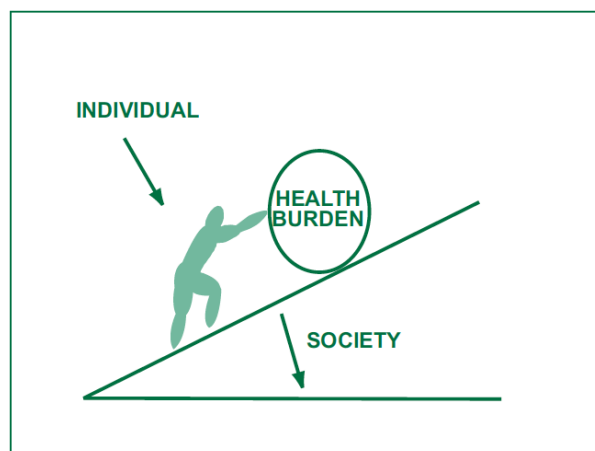
¹³⁹ SWINBURN, B.; EGGER, G. Analyzing and influencing obesogenic environments. In: BRAY, G.; BOUCHARD, C. (ed). **Handbook of obesity: clinical applications**. 3rd edn. New York: Informa Health Care, 2008: 177–93. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.810.

¹⁴⁰ SWINBURG, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Prevent. Med.**, v. 29, p. 563-570, 1999.

¹⁴¹ CORPORATE EUROPE OBSERVATORY. **A red light for consumer information: the food industry's €1-billion campaign to block health warnings on food**. Brussels: Corporate Europe Observatory, 2010. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.810.

¹⁴² BROWNELL, K.D; WARNER, K.E. The perils of ignoring history: big tobacco played dirty and millions died. How similar is Big Food? **Milbank Q**, v. 87, p. 259–294, 2009. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.810.

Figura 9: Foco da intervenção – indivíduo x ambiente.¹⁴³



Fonte: Obesity. House of commons health committee; 2004.

Enquanto, em última instância, os indivíduos devem enfrentar esses desafios por si, o Estado pode assumir um papel tanto para prover apoio aos indivíduos a “subirem a ladeira”, como por diminuir a inclinação da ladeira que os indivíduos estão subindo. A atuação sobre o “ângulo de inclinação” da ladeira seria a intervenção do Estado sobre os fatores promotores do ambiente obesogênico.

Nesse mesmo sentido, assevera a comissão sobre obesidade do *The Lancet*:

The idea that individuals personally carry the responsibility for their own health-related behaviors is common, especially in Western, individualistic societies. The recognition that people’s health-related behaviors are heavily influenced by the environment around them is the first step in implementing effective policies to support health. For example, poverty severely restricts people’s capacity to make healthy choices, and obesogenic environments dominated by fast food outlets and unsafe neighborhoods severely restrict the healthy choices available. Affluence and health-promoting environments create a positive health effect.¹⁴⁴

Campanhas educativas de promoção à saúde podem exercer um exitoso papel em aumentar a conscientização pública sobre os riscos associados a determinados comportamentos. Entretanto, a evidência científica sugere que a obesidade tem crescido

¹⁴³ Figura extraída de: HOUSE OF COMMONS. HEALTH COMMITTEE. **Obesity – Third Report of Session 2003-04**. Volume I. Report, together with formal minutes. Ordered by the House of Commons to be printed 10 May 2004. Hc 23-I., 2004, p.54. Disponível em: < <https://publications.parliament.uk/pa/cm200304/cmselect/cmhealth/23/23.pdf> >. Acesso em: 12 mai. 2019.

¹⁴⁴ SWINBURN, Boyd. Et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**. Volume 393, Issue 10173, p. 791-846, Feb 23, 2019, p.14.

rapidamente à despeito do fato dos benefícios de uma dieta saudável serem bem reconhecidos há pelo menos 20 anos. Nesse sentido, para uma efetiva prevenção da obesidade, as estratégias de educação devem ser apoiadas por uma série de medidas mais amplas, desenhadas de forma a remover as barreiras às escolhas saudáveis. Assim, governos deveriam concentrar seus esforços não apenas para informar sobre escolhas, mas também enfrentando os fatores ambientais de forma a fazer das escolhas saudáveis, as mais fáceis de serem feitas.¹⁴⁵

Assim, acompanhamos o entendimento de que as intervenções políticas para prevenção da obesidade¹⁴⁶ devem ser direcionadas ao ambiente (de forma a torná-lo mais amigável às escolhas saudáveis) ao invés de serem direcionadas ao indivíduo (obrigando-os a fazer escolhas saudáveis). Diferentemente de medidas cogentes que demandam diretamente comportamentos específicos (como por exemplo, leis que obrigam o uso do cinto de segurança), não há regulações que obriguem pessoas a comer ou não comer determinados tipos de comida ou fazer exercícios, com uma possível exceção às regras de ambiente escolar saudável. Dessa forma, cumpre esclarecer que as políticas de prevenção da obesidade não prescrevem comportamentos particulares de alimentação ou atividade física, no entanto, são muito menos intrusivas nas liberdades humanas comparado a muitas outras políticas de saúde pública. A maior estratégia para afetar comportamentos, é senão, aumentar a motivação para realização de escolhas saudáveis, o que não exclui programas de conscientização pública, educação e programas de promoção da saúde.¹⁴⁷

De toda forma, o quadro-conceitual de Swinburn et al. (2011) acima citado auxilia na explicação do porquê, no nível individual, é tão difícil para uma pessoa simplesmente “comer menos e fazer mais atividade física para perder peso”. A complexidade do quadro ilustra como uma estratégia bem-sucedida de intervenção deveria ser multifacetada e ajustada à heterogeneidade da população, levando em conta o sistema alimentar como um todo, especialmente nos aspectos de produção e consumo.

¹⁴⁵ HOUSE OF COMMONS. HEALTH COMMITTEE. op. cit, p.54.

¹⁴⁶ SACKS, G.; SWINBURN, B.; LAWRENCE, M. Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. *Obes Rev*, v. 10, p. 76–86, 2009. SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.810.

¹⁴⁷ SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.810.

2.1 Definição de ambiente obesogênico

De forma objetiva, tendo em vista todas as considerações acima, temos que os ambientes obesogênicos se conformam como uma resposta natural de um ambiente político e econômico. A alta renda traz consigo uma maior capacidade de consumo de todos os produtos, por sua vez, as mudanças tecnológicas permitem a criação de calorias alimentares mais baratas, e as fortes forças econômicas que orientam o consumo levarão inevitavelmente ao superconsumo, conseqüentemente, à obesidade. O “ambiente obesogênico” é definido por Swinburn et al.¹⁴⁸ como “*an environment which is defined here as the sum of influences that the surroundings, opportunities, or conditions of life have on promoting obesity in individuals or populations*”. Nessa perspectiva, o ambiente obesogênico refere-se à influência que o ambiente exerce por meio de oportunidades e condições ambientais na adoção, por parte de indivíduos e da população, de hábitos que influenciam no desenvolvimento da obesidade.

O Relatório da Comissão pelo Fim da Obesidade Infantil da OMS traz a seguinte definição de ambiente obesogênico:

Obesogenic environment: An environment that promotes high energy intake and sedentary behaviour. This includes the foods that are available, affordable, accessible and promoted; physical activity opportunities; and the social norms in relation to food and physical activity.¹⁴⁹

Sendo assim, temos no ambiente obesogênico um entorno promotor da obesidade, que favorece a ingestão de alimentos inadequados. Esse ambiente é formado por diversos fatores: uma dinâmica urbana que dificulta a preparação de alimentos adequados para uma dieta saudável; o baixo custo de produtos alimentícios industrializados não saudáveis; a falta de informação sobre os riscos vinculados ao consumo desses produtos alimentícios; a fácil acessibilidade a esses produtos disponibilizados em cadeias de supermercados ou varejo

¹⁴⁸ SWINBURG, B.; EGGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Prevent. Med.**, v. 29, p. 563-570, 1999, p.564.

¹⁴⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation plan: executive summary** (WHO/NMH/PND/ECHO/17.1). Geneva: World Health Organization; 2017; p. V.

globalizados; a influência dos meios de comunicação e estratégias de venda das indústrias fabricantes desses produtos.¹⁵⁰

O ambiente em que se encontra o indivíduo influencia de forma positiva ou negativa na adoção de práticas que podem facilitar a instalação e manutenção da obesidade. Assim, o contexto socioeconômico e o fenômeno da globalização expresso na padronização do mercado de ofertas alimentícias são determinantes na tomada de decisões relacionadas tanto à alimentação como às atividades físicas, incluindo forma de deslocamento urbano e lazer.¹⁵¹

2.2 Influência do Ambiente no Desenvolvimento Infantil e na Obesidade

Os estudos sobre desenvolvimento infantil tem muito a agregar sobre a influência do ambiente na conformação da obesidade infantil. As contribuições dos estudiosos do desenvolvimento são de diversas ordens. Destacamos, primeiramente a contribuição quanto ao entendimento do ambiente como fator determinante de influência para o desenvolvimento infantil. Papalia e Feldman¹⁵² esclarecem que os processos universais de desenvolvimento dependem da compreensão das diferenças individuais que fazem de cada ser humano um ser único. Nesse sentido, os estudiosos do desenvolvimento direcionam seus olhares para os fatores que influenciam essa diferenciação dos indivíduos. Aponta-se então, a hereditariedade e o ambiente como principais fatores de influência, salientando-se que os teóricos e pesquisadores contemporâneos dedicam-se mais a explicar como a genética e o ambiente operam juntos, do que argumentar qual dos fatores é mais importante. Salientamos: não só a hereditariedade, mas o ambiente é fator de influência determinante para o desenvolvimento infantil. Tais considerações são primordiais para o entendimento da epidemia de obesidade infantil não como um problema individualizado, e muito menos exclusivamente causado por fatores genéticos, mas sim, um problema inserido em um contexto de um ambiente

¹⁵⁰ CONTRÓ, Mónica Gonzales; PLA, Issa Luna. **Los derechos de los niños e niñas en México frente al ambiente obesogénico**. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Editorial Flores. México, 2016, p. 2.

¹⁵¹ SOUZA, Noa Pereira Prada de; OLIVEIRA; Maria Rita Marques de. O ambiente como elemento determinante da obesidade. **Revista Simbio-Logias**. V.1., n.1, mai/2008, p. 159.

¹⁵² PAPALIA, D.E.; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Mc Graw Hill/Artmed, 12.ed. 2013, p.42.

obesogênico, que cria e estimula condições para o sobrepeso e a obesidade na infância. Tais autores também trazem considerações sobre a importância das intervenções sobre os fatores de risco, ou seja, sobre as condições que aumentam a probabilidade de uma consequência negativa.¹⁵³

As perspectivas que sustentam as teorias sobre o desenvolvimento humano também somam contribuições para pensarmos em soluções ao problema da obesidade infantil. Por exemplo, a perspectiva da aprendizagem traz uma visão do desenvolvimento humano onde as mudanças no comportamento resultam da experiência ou da adaptação ao ambiente. De acordo com a teoria da aprendizagem social (social cognitiva), que teve como principal expoente o psicólogo norte-americano Albert Bandura, sugere-se que o desenvolvimento é bidirecional, ou seja, a pessoa age sobre o mundo na medida que o mundo age sobre a pessoa. Por meio da aprendizagem observacional ou modelamento, a pessoa aprende o comportamento social apropriado principalmente observando e imitando modelos, ou seja, observando outras pessoas como os pais, professores, heróis dos esportes, etc.¹⁵⁴ Essa perspectiva é de extrema relevância quando pensamos na formação dos hábitos alimentares de uma criança. Pais e cuidadores com hábitos de alimentação saudável podem tornar-se exemplos positivos na aprendizagem da criança. Da mesma forma, heróis e personagens infantis, quando relacionados ao consumo de produtos alimentícios pouco saudáveis, podem exercer influência negativa. A teoria social cognitiva nos fornece elementos para pensar em intervenções sobre os modelos de referência na aprendizagem infantil. Construir hábitos alimentares saudáveis na infância, passa por construir hábitos alimentares saudáveis entre os cuidadores e principais modelos de aprendizagem da criança. Nesse sentido, as medidas de prevenção da obesidade infantil e estímulo aos bons hábitos alimentares devem ser direcionados não apenas às crianças, mas também a todas as pessoas que interagem com elas. Corrobora com essa conclusão o fato de pais obesos aumentarem as chances de que crianças também se tornarem obesas.¹⁵⁵

¹⁵³ PAPALIA, D.E.; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Mc Graw Hill/Artmed, 12.ed. 2013, p.44.

¹⁵⁴ Ibid., p.64.

¹⁵⁵ Estudo indicou que a obesidade em 1 pai aumenta o risco de obesidade na criança de 2 a 3 vezes, e até 15 vezes se os dois pais forem obesos. WHITAKER, R.C.; WRIGHT, J.A.; PEPE, M.S; SEIDEL, K.D., DIETZ, W.H. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. **N Engl J Med**. v. 337, n. 13, p. 869-873, 1997.

Por sua vez, a perspectiva contextual traz a visão do desenvolvimento humano que vê o indivíduo como inseparável do contexto social. A teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner (1917-2005) nos auxilia a identificar os níveis de influência ambiental, quais sejam: microsistema, mesossistema, exossistema, macrosistema e cronossistema.¹⁵⁶ Tais níveis auxiliam o entendimento da complexidade das influências sobre o desenvolvimento. Por exemplo, o microsistema engloba o ambiente do dia-a-dia no lar, na escola, trabalho ou vizinhança, incluindo o relacionamento direto com os membros da família, colegas de classe, professores, etc. O mesossistema é o entrelaçamento de vários microsistemas. Exossistema trata-se dos vínculos entre um microsistema e sistemas de instituições externas que afetam a pessoa indiretamente, por exemplo, programação da televisão que encoraja comportamentos. Macrosistema consiste em padrões culturais, crenças, ideologias dominantes, sistemas econômicos e políticos. Por fim, o cronossistema traz a dimensão do tempo, ou seja, mudança e constância na pessoa e no ambiente. Importante enfatizar que para Bronfenbrenner, a pessoa molda o desenvolvimento conforme suas características biológicas, psicológicas, talentos, habilidades, temperamento, etc.

A obesidade infantil é consequência de uma complexa interação de fatores relacionados desde fatores genéticos, à fatores ambientais e ecológicos, como a família, comunidade e escola. Enfocando os fatores ambientais, estudos demonstram que os hábitos alimentares em crianças e o risco da obesidade infantil tem se mostrado associado à alimentação dos pais, e até mesmo estresse e depressão. Outros fatores associados seriam fatores perinatais, tamanho ao nascimento, ter sido amamentado de acordo com as recomendações ou não, uso de antibióticos, química ambiental, microbiota e experiências de vida adversas. Diversos fatores no ambiente obesogênico tem resultado no aumento do consumo calórico, como o aumento no consumo de bebidas açucaradas, *snacks* doces, *fast food* contendo excesso de gordura, grandes porções e alimentos de alto índice glicêmico.¹⁵⁷ O consumo de bebidas açucaradas tem sido apontado com um importante fator no

¹⁵⁶ PAPALIA, D.E.; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Mc Graw Hill/Artmed, 12.ed. 2013, p.68.

¹⁵⁷ KUMAR, Seema et al. Review of Childhood Obesity. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 92, n. 2, 2016, p.251-265.

desenvolvimento do ganho de peso e obesidade em crianças.^{158,159} O consumo de *fast food* também tem contribuído com o aumento na prevalência de obesidade¹⁶⁰. Considerando que crianças passam grande parte de seu tempo e consomem uma porção considerável de calorias nas escolas, o ambiente escolar possui um efeito no desenvolvimento da obesidade infantil.^{161, 162}

As mudanças ambientais que contribuem com o aumento do consumo calórico vem acompanhadas de fatores que diminuam os gastos calóricos, como o nível reduzido de atividade física e o aumento do tempo em atividades sedentárias como o uso de computadores, televisão, celular, tablets. O tempo gasto em assistir televisão e a presença de televisão no quarto de crianças tem se mostrado como diretamente relacionado à prevalência de obesidade em crianças e adolescentes.^{163 164} O uso de jogos eletrônicos também tem sido associado com a obesidade infantil.¹⁶⁵ No Brasil, 56,6% dos adolescentes fazem refeições “sempre ou quase sempre” em frente à TV; 39,6% consomem *snacks* em frente às telas com a mesma frequência; 73,5% passam duas ou mais horas por dia em frente às telas (TV, computador e *videogame*).¹⁶⁶

¹⁵⁸ MALIK, V.S.; PAN, A.; WILLETT, W.C; HU, F.B. Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis. **Am J Clin Nutr.** 98, 4, p.1084-1102, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3778861/pdf/ajcn9841084.pdf>> . Acesso em: 13 dez. 2019.

¹⁵⁹ DEBOER, M.D.; SCHARF, R.J; DEMMER, R.T. Sugar-sweetened beverages and weight gain in 2- to 5-year-old children. **Pediatrics**, v.132, 3, p. 413-420, 2013. apud KUMAR, Seema et al. op. cit., 2016, p.251 – 265.

¹⁶⁰ MANCINO, L.; TODD, J.E; GUTHRIE, J.; LIN, B.H. Food away from home and childhood obesity. **Curr Obes Rep.**, v.3, 4, p. 459-469, 2014. apud KUMAR, Seema et al. op. cit., 2016, p.251-265.

¹⁶¹ HEELAN, K.A.; BARTEE, R.T.; NIHISER, A.; SHERRY, B. Healthier school environment leads to decreases in childhood obesity: the Kearney Nebraska Story. **Child Obes.**, v. 11, 5, p. 600-607, 2015. apud KUMAR, Seema et al. op. cit., 2016, p.251 – 265.

¹⁶² WELKER, E.; LOTT, M.; STORY, M. The school food environment and obesity prevention: progress over the last decade. **Curr Obes Rep.**, v. 5, 2, p.145-155, 2016. apud KUMAR, Seema et al. op. cit., 2016, p.251 – 265.

¹⁶³ FALBE, J.; ROSNER, B.; WILLETT, W.C; SONNEVILLE, K.R; HU, F.B; FIELD, A.E. Adiposity and different types of screen time. **Pediatrics**. v. 132, 6, e1497-e1505, 2013. apud. KUMAR, Seema et al. op. cit., 2016, p.251 – 265.

¹⁶⁴ GILBERT-DIAMOND, D.; LI, Z.; ADACHI-MEJIA, A.M.; MCCLURE, A.C.; SARGENT, J.D. Association of a television in the bedroom with increased adiposity gain in a nationally representative sample of children and adolescents. **JAMA Pediatr.** v.168, 5, p. 427-434, 2014. apud. KUMAR, Seema et al. op. cit., 2016, p.251 – 265.

¹⁶⁵ STETTLER, N.; SIGNER, T.M.; SUTER, P.M. Electronic games and environmental factors associated with childhood obesity in Switzerland. **Obes Res.**, v. 12, 6, p. 896-903, 2004. apud. KUMAR, Seema et al. op. cit., 2016, p.251-265.

¹⁶⁶ OLIVEIRA, Juliana Souza et al . ERICA: uso de telas e consumo de refeições e petiscos por adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 1, 7s, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000200302&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2019.

Interessante notar que os estudos sobre o desenvolvimento apontam ser prejudicial a longa exposição de crianças às telas também por outros motivos. Papalia e Feldman¹⁶⁷ comentam sobre a crescente exploração comercial de mídias dirigidas a bebês e crianças até 3 anos de idade. Cita-se como exemplo: programas de televisão dirigidos a crianças de 12 meses; jogos de computador com teclado especial para bebês de 9 meses; DVDs “educacionais” para bebês de 1 mês. Alerta, no entanto, que esse tempo cada vez maior em frente às telas contraria as recomendações da Academia Americana de Pediatria, que desencoraja televisão para crianças com menos de 2 anos. O comitê recomenda que crianças se envolvam em atividades que promovam o desenvolvimento do cérebro, como conversar, brincar, cantar, e ler com os pais. Pesquisas apontam que crianças que passavam muito tempo diante da televisão estavam menos propensas a aprender a ler aos 6 anos. Apontam-se também riscos relacionados ao desenvolvimento da linguagem quando crianças muito pequenas eram expostas à televisão, também riscos ao desenvolvimento neurológico e cognitivo, estímulo ao comportamento agressivo, interferência no sono, risco de fadiga ocular e problemas ergonômicos, interferência na concentração de crianças pequenas quando brincam, entre outros. Em relação à interferência no sono, há evidência crescente da associação entre curtos períodos de sono e obesidade.^{168,169} Mesmo diante de riscos potenciais, pais ainda expõem seus bebês e crianças pequenas à televisão e outras mídias. As razões para isso são diversas, como a crença de que a mídia é educacional, agradável ou relaxante para a criança, e seu uso como “babá eletrônica”. De fato, o principal problema da superexposição de crianças às mídias é o tempo que se perde em brincadeiras exploratórias, e interação com pessoas que vivem, respiram e respondem, fatores esses essenciais para o desenvolvimento. Nesse sentido, requer-se medidas de proteção à criança, como educação e informação aos pais e cuidadores e regulação do mercado.

Aqui, trazemos um adendo sobre manifestação da OMS acerca das estratégias gerais para prevenção da obesidade infantil:

¹⁶⁷ PAPANIA, D.E.; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Mc Graw Hill/Artmed, 12.ed. 2013, p.186-187.

¹⁶⁸ SEKINE, M.; YAMAGAMI, T.; HANDA, K.; et al. A dose-response relationship between short sleeping hours and childhood obesity: results of the Toyama Birth Cohort Study. **Child Care Health Dev.**, v. 28, 2, p.163-170, 2002. apud. KUMAR, Seema et al. op. cit., 2016, p.251 – 265.

¹⁶⁹ ANDERSON, S.E.; WHITAKER, R.C. Household routines and obesity in US preschool-aged children. **Pediatrics**, v. 125, 3, p. 420-428 2010. apud. KUMAR, Seema et al. op. cit., 2016, p.251 – 265.

Additional measures include modifying the environment to enhance physical activity in schools and communities, creating more opportunities for family interaction (e.g. eating family meals), limiting the exposure of young children to heavy marketing practices of energydense, micronutrient-poor foods, and providing the necessary information and skills to make healthy food choices.¹⁷⁰

Conforme se nota, há que se tomar medidas para modificar o ambiente de forma a se promover a atividade física, limitar tempo de tela, promover interação com a família, mas também limitar a exposição das crianças ao *marketing* de produtos alimentícios potencialmente nocivos à saúde, assim como, prover informação e promover habilidades para realização de escolhas saudáveis.

Brazelton e Greenspan¹⁷¹ dedicaram-se a estudar e sistematizar as necessidades essenciais da criança, citando como uma delas, a necessidade de proteção física, segurança e regras. De acordo com os autores, um dos mais importantes desafios evitáveis quanto à segurança e proteção física das crianças refere-se às substâncias tóxicas em seus ambientes. Longas jornadas de ordem regulatória e cultural são travadas para colocar crianças à salvo da contaminação de substâncias tóxicas no leite materno, água, solo, ar e até mesmo em seus objetos de uso pessoal, brinquedos, etc. Tais cuidados devem ser observados desde o momento pré-natal (principalmente no caso de mães dependentes químicas), até o ambiente de interação da criança. De igual maneira, podemos traçar um paralelo com a potencial nocividade de certas dietas alimentares para crianças, baseadas em produtos alimentícios ultraprocessados com excesso de gordura, açúcar e sódio, ou com o desestímulo ao aleitamento materno por práticas mercadológicas da indústria fabricante de fórmulas infantis. Da mesma forma que a compreensão da periculosidade do álcool e do tabaco para crianças foi uma construção científica, social e cultural que reverberou em políticas e direitos de proteção à infância, a assimilação da periculosidade de certos hábitos alimentares também deve obedecer esse processo.

Por esse motivo, é essencial que as medidas jurídicas e políticas de proteção à criança estejam alinhadas com os estudos sobre desenvolvimento infantil. Somente assim teremos

¹⁷⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases**. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series 916, 2003, p. 68.

¹⁷¹ BRAZELTON, T.B., GREESPAN, S.I.. **As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver**. Porto Alegre: Artmed; 2002.

propostas capazes de intervir nos fatores de risco e modificar padrões que estão determinando a atual epidemia de obesidade infantil, implicando em prejuízos à saúde física e emocional das crianças, podendo reverberar em todo seu processo de desenvolvimento humano. Em suma, os estudos sobre desenvolvimento infantil trazem subsídios para formulação de um marco de proteção à saúde da criança no âmbito da alimentação.

A teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner¹⁷² contribui para refletirmos sobre intervenções de controle da obesidade infantil a partir do momento em que sintetiza os diferentes *locus* de influência ambiental. Colocar o ambiente escolar à salvo de publicidade e comercialização de alimentos não saudáveis; estimular bons hábitos alimentares na família, ou até mesmo no ambiente de trabalho dos pais e cuidadores; estimular o fácil acesso a alimentos saudáveis e atividades físicas nas cidades; favorecer a construção de uma cultura anti-consumismo infantil; inibir a exploração da criança no universo publicitário; essas e outras propostas transitam nos diferentes sistemas supracitados. A governança, porém, no nível do macrossistema (como por meio dos governos nacionais) cria condições de intervir nos principais sistemas promotores de obesidade (como o mercado de alimentos, uso da terra, desenho e planejamento urbano)¹⁷³. Esses macrossistemas, por sua vez, interferem nos mesossistemas ou locais onde as pessoas interagem, como as escolas, ambientes de trabalho, varejo, e espaços comunitários. Por conseguinte, eles influenciam os microssistemas, ou redes sociais, como famílias, grupos sociais, afetando por fim os padrões de comportamento.¹⁷⁴

Há, entretanto, uma forte relutância dos decisores políticos para regulação, por exemplo, do *marketing* para crianças de alimentos e bebidas obesogênicas, como os *fast foods* e bebidas açucaradas. No entanto, são muitas as razões para proteção ao público infantil, como os direitos das crianças, as demandas sociais por regulação¹⁷⁵ e a aplicação dos princípios da precaução e prevenção. Observar o fenômeno da epidemia de obesidade como um sinal de uma falha de mercado pode trazer um argumento adicional para intervenção governamental

¹⁷² PAPALIA, D.E.; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Mc Graw Hill/Artmed, 12.ed. 2013, p.68.

¹⁷³ SWINBURN, Boyd. Et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**. Volume 393, Issue 10173, p. 791-846, Feb 23, 2019, p.12.

¹⁷⁴ *Ibid.*, p.12.

¹⁷⁵ MORLEY, B.; CHAPMAN, K.; MEHTA, K.; KING, L.; SWINBURN, B. Wakefi eld M. Parental awareness and attitudes about food advertising to children on Australian television. **Aust NZ J Public Health**, v. 32, p. 341-47 2008. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.806.

para prevenção da obesidade infantil ^{176,177,178,179,180}. As falhas de mercado ocorrem quando preços e quantidades compradas e vendidas não mais representam um indicativo de custo-benefício para a sociedade.¹⁸¹ Nesse sentido, questiona-se: estaria o mercado falhando com as crianças? Uma primeira razão para uma falha de mercado é quando indivíduos vulneráveis não são protegidos ¹⁸². Crianças são claramente um grupo vulnerável que necessitam de proteção da sociedade e essa noção representa o argumento mais forte para uma intervenção governamental. Crianças não tem condições de perceber o risco de seus comportamentos. Além da vulnerabilidade intrínseca do público infantil, os próprios consumidores são vulneráveis por não possuírem as informações necessárias para fazerem escolhas informadas. Outra razão para as falhas de mercado é quando pessoas priorizam gratificação imediata acima de potenciais resultados de longo prazo, o que é também uma realidade para a criança. Por fim, tem-se as externalidades, ou seja, quando os custos da obesidade são arcados pela sociedade – no universo familiar, isso é claro nos prejuízos ao orçamento familiar com custos de saúde. Nesse sentido, há justificativa para proteção à saúde da criança contra efeitos predatórios do mercado, e ainda assim, governos estão falhando nessa responsabilidade.

2.3 Determinantes Comerciais da Saúde (ou da Doença)

A crescente compreensão sobre os fatores ambientais que promovem DCNTs tem levado a comunidade global a notar o papel do setor produtivo e do mercado como atores que

¹⁷⁶ MOODIE, R.; SWINBURN, B.; RICHARDSON, J.; SOMAINI, B. Childhood obesity—a sign of commercial success, but a market failure. *Int J Pediatr Obes*, v. 1, p. 133–138, 2006. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.806.

¹⁷⁷ MCCORMICK, B.; STONE, I. for the Corporate Analytical Team. Economic costs of obesity and the case for government intervention. *Obes Rev*, v. 8 (suppl 1), p. 161–164, 2007. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.806.

¹⁷⁸ JAN, S.; MOONEY, G.H. Childhood obesity, values and the market. *Int J Pediatr Obes*, v. 1, p.131–132, 2006. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.806.

¹⁷⁹ ANAND, P.; GRAY, A. Obesity as market failure: could a ‘deliberative economy’ overcome the problems of paternalism? *Kyklos*, v. 62, p.182–190, 2009. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.806.

¹⁸⁰ KUCHLER F, GOLAN E. Is there a role for government in reducing the prevalence of overweight and obesity? *Choices*, Fall: p. 41–45, 2004. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/227364699_Is_There_a_Role_for_Government_in_Reducing_the_Prevalence_of_Overweight_and_Obesity> . Acesso em 13 dez. 2019.

¹⁸¹ FREEBAIRN, J. Taxation and obesity? *Aust Econ Rev* 2010; 43: 54–62. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.806.

¹⁸² MAZZOCCHI, M.; TRAILL, W.; SHOGREN, J. Fat economics: nutrition, health and economic policy. Oxford: Oxford University Press, 2009. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.806.

dirigem com as epidemias modernas. A então Diretora-Geral da OMS, Margaret Chan, apontou em 2013, que “esforços para prevenir doenças crônicas não transmissíveis contrariam interesses empresariais de poderosos operadores econômicos”¹⁸³.

O olhar crítico sobre o setor corporativo e seu impacto em saúde pública ocorreu inicialmente na área do controle do tabaco, evoluindo posteriormente para outras corporações, expressando-se em trabalhos que trazem os conceitos de *commodities* não saudáveis (*unhealthy commodities*¹⁸⁴); epidemias industriais (*industrial epidemics*¹⁸⁵); doenças promovidas pelo lucro (*profit-driven diseases*¹⁸⁶); e práticas corporativas prejudiciais à saúde (*corporate practices harmful to health*¹⁸⁷). Por sua vez, o conceito de “determinantes comerciais da saúde” traz consigo a intenção de abordar os promotores (*drivers*) e canais pelos quais as corporações propagam a pandemia de DCNTs.

“Determinantes Comerciais da Saúde” são definidas como “estratégias e abordagens usadas pelo setor produtivo para promover produtos e escolhas que são prejudiciais à saúde”¹⁸⁸. Nesse sentido, parece-nos mais adequado referir-se aos determinantes comerciais da doença. Nesse conceito, procura-se unir a perspectiva do nível micro (comportamento individual e escolha) e nível macro (sociedade de risco global, sociedade global de consumo e economia política da globalização). Segundo essa abordagem, a influência corporativa pode ser exercida por meio do *marketing* (que aumenta o desejo e a aceitabilidade às *commodities*

¹⁸³ “Efforts to prevent non-communicable diseases go against the business interests of powerful economic operators”. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General addresses Health Promotion Conference**. The 8th Global Conference on Health Promotion in Helsinki. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/dg/speeches/2013/health_promotion_20130610/en/>. Acesso em 24 abr. 2019.

¹⁸⁴ STUCKLER, D.; MCKEE M, EBRAHIM S, BASU S. Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol, and tobacco. *PLoS Med*, 9: e1001235, 2012. apud. KICKBUSCH, I.; ALLEN, L.; FRANZ, C.. The commercial determinants of health. **Lancet Glob Health**. v. 4, n. 12, p. 895–6, 2016.

¹⁸⁵ MOODIE, R. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. **Lancet**, 381, p. 670–79, 2013.

¹⁸⁶ BUSE, K.; HAWKES, S. The World Cup’s sickening message. <http://www.projectsyndicate.org/print/kent-buse-and-sarah-hawkes-condemn-companies-profit-driven-promotion-of-unhealthy-consumption-habits>. apud. KICKBUSCH, I.; ALLEN, L.; FRANZ, C.. The commercial determinants of health. **Lancet Glob Health**. v. 4, n. 12, p. 895–6, 2016.

¹⁸⁷ FREUDENBERG, N.; GALEA, S. The impact of corporate practices on health: implications for health policy. *J Public Health Policy*, v. 29, p. 86–104, 2008. apud KICKBUSCH, I.; ALLEN, L.; FRANZ, C.. The commercial determinants of health. **Lancet Glob Health**. v. 4, n. 12, p. 895–6, 2016.

¹⁸⁸ KICKBUSCH, I.; ALLEN, L.; FRANZ, C.. The commercial determinants of health. **Lancet Glob Health**. v. 4, n. 12, p. 895–6, 2016.

não saudáveis), *lobbying*¹⁸⁹ (que pode impedir políticas regulatórias), estratégias de responsabilidade social corporativa (que desvia atenção da real causa do problema e encobre más-reputações e condutas), e largas cadeias de comercialização, que ampliam a influência das companhias ao redor do mundo. Esses canais impulsionam o alcance corporativo e aumentam sobremaneira o impacto na saúde.

Nesse sentido, consequências para a saúde são determinadas pela influência das atividades corporativas no ambiente social, especificamente, na disponibilidade, aceitabilidade cultural e preços de produtos não saudáveis. O ambiente, por sua vez, acaba moldando modos de vida e escolhas individuais dos consumidores, e em última instância, determinando os efeitos em saúde. O aumento das DCNTs é uma manifestação de um sistema econômico global que atualmente prioriza a criação da riqueza sobre a criação da saúde.¹⁹⁰

Sobre isso, a então diretora-geral da OMS asseverou em 2013:

“It is not just Big Tobacco anymore. Public health must also contend with Big Food, Big Soda, and Big Alcohol. All of these industries fear regulation, and protect themselves by using the same tactics . . . These . . . include front groups, lobbies, promises of self-regulation, lawsuits, and industry-funded research that confuse the evidence and keep the public in doubt. . . . This is formidable opposition. Market power readily translates into political power. Few governments prioritize health over big business. As we learned from experience with the tobacco industry, a powerful corporation can sell the public just about anything.”¹⁹¹

Nesse sentido, e conforme aponta o relatório sobre a Sindemia Global da comissão do *The Lancet*, a principal fonte da inércia política para conter as pandemias de obesidade e mudanças climáticas é o poder de atores comerciais que se envolvem no processo de desenvolvimento de políticas, contribuindo para um conflito de interesses que vai contra o

¹⁸⁹ Por exemplo, nos Estados Unidos, Coca-Cola, PepsiCo e a American Beverage Association gastaram um total de US\$114 milhões em lobbying no nível federal entre 2009 e 2015. Cf.: CENTER FOR SCIENCE IN THE PUBLIC INTEREST. **Big soda vs. public health: how the industry opens its checkbook to defeat health measures**. 2015. Disponível em: < <https://cspinet.org/new/pdf/big-soda-vs-public-health-report.pdf> >. Acesso em: 27 abr. 2019

¹⁹⁰ KICKBUSCH, I.; ALLEN, L.; FRANZ, C.. The commercial determinants of health. **Lancet Glob Health**. v. 4, n. 12, p. 895–6, 2016.

¹⁹¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General addresses health promotion conference**. Dr Margaret Chan - Director-General of the World Health Organization. Opening address at the 8th Global Conference on Health Promotion Helsinki, Finland 10 June 2013.

bem público e a saúde planetária.¹⁹² Não raro, intervenções focadas em combater o ambiente obesogênico são debilitadas por esforços coordenados de poderosos grupos econômicos do setor de alimentos e bebidas¹⁹³. Por exemplo, produtores nacionais e empresas transnacionais de produtos alimentícios ultraprocessados frequentemente exercem uma influência desproporcional sobre legisladores e decisores políticos.¹⁹⁴ Nesse sentido, governos enfrentam o desafio de retomar o controle na proteção ao processo de elaboração de políticas e priorização do bem comum sobre interesses comerciais, e na reestruturação de modelos de negócios que minimizem externalidades negativas que afetam a saúde humana e causam danos ao meio ambiente.¹⁹⁵ Dentre as razões para a inércia política há a alta intimidação causada pela indústria alimentícia ou a crença por parte dos decisores políticos de que apenas a educação e soluções corporativas serão suficientes para reverter a epidemia de obesidade.

Aponta-se também que o poder econômico tem se tornado cada vez mais concentrado em poucas corporações transnacionais, e isso é verdade para o setor alimentício. Nesse sentido, conforme alertou a ex-diretora-geral da OMS, “o poder do mercado é rapidamente traduzido em poder político”¹⁹⁶. De forma mais objetiva, corporações transnacionais fazem *lobby* por menores regulações que a elas se apliquem (como por exemplo, regulação no *marketing* de alimentos não saudáveis para crianças ou selos de alerta nos rótulos de alimentos processados), promovem regulações que se aplicam a outros setores (como acordos de comércio e investimento que obrigam governos a proteger interesses corporativos de investimento), resistem ou rejeitam tributação aos seus produtos (como tributos a bebidas açucaradas e alimentos não saudáveis), exercem *lobby* sobre decisores políticos por subsídios e benefícios aos seus negócios.^{197,198}

¹⁹² SWINBURN, Boyd. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet Commissions**. v.393, Issue 10173, January 27, 2019. p 4.

¹⁹³ BAKER, P.; HAWKES, C.; WINGROVE, K. et al. What drives political commitment for nutrition? A review and framework synthesis to inform the United Nations Decade of Action on Nutrition. **BMJ Glob Health**, v. 3, e000485, 2018. apud SWINBURN, Boyd. Et al. op. cit., 2019, p. 26.

¹⁹⁴ MIALON, M.; SWINBURN, B.; SACKS, G. A proposed approach to systematically identify and monitor the corporate political activity of the food industry with respect to public health using publicly available information. **World Obesity, Obesity Reviews**, v. 16, p. 519-530, 2015.

¹⁹⁵ SWINBURN, Boyd. Et al. op. cit., 2019, p. 4.

¹⁹⁶ CHAN, M. **WHO Director-General addresses health promotion conference**. Genebra: OMS; 2013.

¹⁹⁷ SWINBURN, Boyd. Et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet Commissions**. Volume 393, Issue 10173, January 27, 2019, p 12.

Sobre tal tema, em 2014, Anand Grover, Relator Especial sobre o Direito ao gozo do mais elevado nível possível de saúde física e mental, assevera o seguinte¹⁹⁹:

5. Las políticas de mundialización han contribuido en gran medida a la libre circulación de alimentos poco saludables entre los países. Las modificaciones del sistema alimentario actual son, en gran parte, obra de las empresas transnacionales, incluidas las empresas productoras de alimentos y bebidas y las cadenas de supermercados, que han alterado los hábitos alimentarios basados en alimentos tradicionales y minimamente procesados en favor de los alimentos ultraprocesados. De hecho, los alimentos processados constituyen el 75% del volumen mundial de ventas de alimentos, cuyos principales fabricantes controlan más de un tercio del mercado mundial²⁰⁰. Por lo tanto, las empresas transnacionales han sido un eslabón esencial en la transición de los alimentos minimamente procesados a los alimentos ultraprocesados. Estas empresas también ejercen una fuerte influencia en la venta y consumo de alimentos poco saludables, en vez de promover la disponibilidad y asequibilidad de alimentos saludables en el sistema alimentario²⁰¹.

Nesse sentido, o tamanho, alcance e concentração das corporações transnacionais alimentícias e respectivos poderes econômicos e políticos, constituem um dos maiores desafios da governança para intervenção estatal nos fatores promotores do ambiente obesogênico. Já são documentadas as múltiplas estratégias utilizadas pelas grandes corporações alimentícias, apelidadas de “Big Food”, para obstruir medidas de prevenção da obesidade. Essas estratégias incluem a adoção de medidas auto-regulatórias para esvaziar ou adiar a regulação estatal; investimento em relações públicas para representar a indústria como

¹⁹⁸ MIALON, M.; SWINBURN, B.; SACKS, G. A proposed approach to systematically identify and monitor the corporate political activity of the food industry with respect to public health using publicly available information. **World Obesity, Obesity Reviews**, v. 16, p. 519-530, 2015.

¹⁹⁹ NACIONES UNIDAS. CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover - **Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud**. Naciones Unidas (A/HRC/26/31). Asamblea General. 1 de abril de 2014, Español.

²⁰⁰ MOODIE, Rob; et al.. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. **The Lancet**, v. 381, n. 9867, p. 671-672, 2013. apud NACIONES UNIDAS. CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover - **Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud**. Naciones Unidas (A/HRC/26/31). Asamblea General. 1 de abril de 2014, Español.

²⁰¹ STUCKLER, David et al.. Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol and tobacco. **PLOS Medicine**, v. 9, n. 6, 2012, p. 1-2.

socialmente responsável; contestação de evidência científica; *lobby* direto sobre decisores políticos; e abordagem da nutrição como um assunto de responsabilidade individual.^{202,203}

A comissão sobre obesidade do *The Lancet* aponta que o poder obstrutivo de política da “*Big Food*” é fortalecido no contexto de arranjos híbridos de governança que legitimizam a participação da indústria na formulação de políticas públicas. Com a liberalização do comércio e grande mobilidade internacional do capital, os atores corporativos tem a possibilidade de punir ou recompensar governos por suas decisões regulatórias por meio da realocação (ou ameaça de realocação) de investimentos ou empregos, ou por meio de ameaça de ações judiciais com base em provisões de acordos de livre-comércio.²⁰⁴

Quando estruturas de governança são fracas e corruptas, há uma maior suscetibilidade de influência de interesses contrários aos interesses de saúde pública. É urgente que haja mecanismos de transparência e prestação de contas nas estruturas de governança de forma a prevenir a ocorrência de conflitos de interesse.²⁰⁵ Para isso, é necessário o amplo reconhecimento dos três princípios que caracterizam a identificação e a gestão do conflito de interesses: (1) existe um conflito fundamental e irreconciliável entre os interesses de algumas empresas de alimentos e bebidas²⁰⁶, e de organizações de saúde pública; (2) as partes, quando

²⁰² BAKER, P.; HAWKES, C.; WINGROVE, K. et al. What drives political commitment for nutrition? A review and framework synthesis to inform the United Nations Decade of Action on Nutrition. **BMJ Glob Health**. v. 3, e000485, 2018 apud SWINBURN, Boyd. Et al. op. cit. 2019, p 27.

²⁰³ MIALON, M.; SWINBURN, B.; SACKS, G. op. cit., 2015.

²⁰⁴ INTERNATIONAL PANEL OF EXPERTS ON SUSTAINABLE FOOD SYSTEMS. Too big to feed: exploring the impacts of mega-mergers, consolidation and concentration of power in the agri-food sector. International Panel of Experts on Sustainable Food Systems, 2017. Apud. SWINBURN, Boyd. et al. op. cit., 2019, p 27.

²⁰⁵ SWINBURN, Boyd. et al. op. cit., 2019, p 13.

²⁰⁶ As grandes corporações alimentícias e suas associações possuem um papel político dominante sendo explicitamente movidos pelo dever de priorizar retornos financeiros aos seus investidores. Esses retornos, por sua vez, vem do comércio mundial em grande escala de produtos alimentícios ultraprocessados, de larga durabilidade (longa vida de prateleira), que são tipicamente altos em gordura, açúcar e sódio. Ainda que nem todo produto ultraprocessado seja mau para a saúde humana, a maioria dos alimentos que são ligados a riscos para saúde estão incluídos na categoria de alimentos ultraprocessados, especificados na classificação NOVA (e comentados no ponto seguinte desse trabalho). Com base nisso, argumenta-se que parcerias entre o setor corporativo e governo são um risco à saúde pública. Muitos exemplos apoiam essa conclusão, e demonstram que o ceticismo, particularmente com as companhias de ultraprocessados, é bem justificada. O setor de bebidas açucaradas, por exemplo, gastou quase 50 milhões de dólares Americanos de 2016 a 2017 com lobby contra medidas governamentais estadunidenses para redução do consumo de refrigerantes. A pesquisa científica financiada por esse setor tem probabilidade cinco vezes menor de constatar associação entre bebidas açucaradas e obesidade comparado com outros estudos, e também tem sido deliberadamente usada para esconder a relação causativa entre açúcar e doença coronariana e evidência para políticas públicas. Quando essas preocupações são levantadas, as indústrias usam de estratégias de relações públicas e campanhas de *marketing*, assim como grupos de fachada para se contrapor às críticas, ao invés de mudar suas práticas. Cf. SWINBURN, Boyd. Et al. The Global

lidam com essas indústrias e com aqueles que defendem seus interesses, devem ser transparentes e devem prestar contas; (3) não deve existir vantagens ou exonerações fiscais para a produção de alimentos e bebidas que gerem dano à saúde humana.²⁰⁷

Sobre isso, o Relator Especial sobre o direito do mais elevado nível possível de saúde física e mental assevera que²⁰⁸:

30. Algunos estudios han demostrado que la industria alimenticia utiliza diversas estrategias para socavar la labor estatal en favor de una nutrición saludable. Por ejemplo, la mencionada industria contrata a personalidades del mundo académico para sus consejos consultivos, cuyas conclusiones pueden ser más favorables a la industria alimentaria; ello acarrea el peligro de que la industria alimentaria se sirva de estas conclusiones tendenciosas para corroborar sus afirmaciones en materia de nutrición. Entre otras tácticas la industria puede financiar grupos de encubrimiento (que parecen ser independientes, pero son controlados por otra organización), cabildear y presentar demandas y amenazar con iniciar pleitos. Se ha demostrado que, so pretexto de cumplir sus obligaciones éticas hacia la sociedad en general, las grandes empresas de refrescos han intentado que la responsabilidad de la elección de alimentos más saludables recaiga en los consumidores, en lugar de asumir su papel en la creación de un entorno alimentario poco saludable. Además, estas empresas han evocado la responsabilidad social para malograr los intentos de la reglamentación oficial y aumentar las ventas de sus productos, en especial para los niños²⁰⁹. Esos actos representan una negación del derecho a la salud.

Portanto, o fortalecimento de instituições democráticas é ponto chave para lidar com os determinantes comerciais da doença. Nesse sentido, é fundamental que instrumentos democráticos sejam garantidos, como lei de acesso à informação, abertura de declaração de doações políticas, *ombudsman* independentes e espaços de participação da sociedade civil no processo de desenvolvimento e monitoramento de políticas públicas.

Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet Commissions**. Volume 393, Issue 10173, January 27, 2019. p 31.

²⁰⁷ SWINBURN, Boyd. et al. op. cit., 2019, p. 30.

²⁰⁸ NACIONES UNIDAS. CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover - **Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud**. Naciones Unidas (A/HRC/26/31). Asamblea General. 1 de abril de 2014, Español.

²⁰⁹ DORFMAN, Lori et al.. Soda and tobacco industry corporate social responsibility campaigns: how do they compare?. **PLOS Medicine**, v. 9, n. 6, 2012, p. 3-4.

3. DEFINIÇÃO DE ALIMENTOS NÃO SAUDÁVEIS

Para melhor compreendermos os determinantes comerciais promotores da obesidade e DCNTs relacionados à uma dieta não saudável²¹⁰, necessário trazermos a descrição dos produtos alimentícios comercializados globalmente em larga escala que tem sido identificados como promotores-chave da escalada de obesidade no mundo. A identificação de tais produtos e o reconhecimento de sua potencial nocividade à saúde é o primeiro passo fundamental para qualquer medida de controle da obesidade em nível populacional. A partir desse reconhecimento e da definição clara de quais produtos alimentícios e respectivas práticas de promoção tem exercido o papel de “determinantes comerciais da doença”, é que se pode pensar em estratégias para desincentivar o consumo de tais fatores promotores da obesidade. Nesse sentido, cumpre esclarecer: o que é uma dieta saudável? O que é uma dieta não recomendada para saúde? Como definir os produtos-alvo de possíveis medidas regulatórias?

Para responder tais questões, debruçaremos o olhar sobre documentos desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e Ministério da Saúde brasileiro, de forma a identificarmos os produtos alimentícios cujo consumo deve ser evitado para fins de uma dieta saudável.

3.1 Produtos Alimentícios Ultraprocessados

O “Guia Alimentar para a População Brasileira”, publicado pelo Ministério da Saúde para informar e facilitar a adoção de escolhas alimentares mais saudáveis, recomenda o consumo de alimentos frescos (*in natura* ou minimamente processados) e preparações culinárias em detrimento ao consumo de alimentos ultraprocessados. Tal recomendação tem como base a classificação NOVA²¹¹, segundo a qual os alimentos são classificados

²¹⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Healthy diet**. 23 Oct 2018. Disponível em: < <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> >. Acesso em: 12 dez 2019.

²¹¹ “A fundamentação teórica e a caracterização dos grupos de alimentos definidos nessa classificação foram propostas pela equipe de investigadores do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde e descritas pela primeira vez em 2009 (MONTEIRO et al., 2010). Desde então, a classificação NOVA foi sendo detalhada e aprimorada (MONTEIRO et al., 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014c; MONTEIRO et al., 2012;

considerando a extensão e o propósito do processamento empregado antes da sua aquisição, preparo e consumo pelos indivíduos. A classificação NOVA divide os alimentos em quatro grupos: Grupo 1 – Alimentos *in natura* ou minimamente processados; Grupo 2 – Ingredientes culinários processados; Grupo 3 – Alimentos processados; Grupo 4 – Alimentos ultraprocessados.

Assim, no Grupo 1 temos os alimentos *in natura*, que são partes comestíveis de plantas (sementes, frutos, folhas, caules, raízes) ou de animais (músculos, vísceras, ovos, leite), cogumelos, algas, bem como a água logo após sua separação da natureza. *Alimentos minimamente processados*, também do Grupo 1, são alimentos *in natura* submetidos a processos como remoção de partes não comestíveis ou não desejadas dos alimentos, secagem, desidratação, trituração ou moagem, fracionamento, torra, cocção apenas com água, pasteurização, refrigeração, ou congelamento, acondicionamento em embalagens, empacotamento a vácuo, fermentação não alcoólica e outros processos que não envolvem a adição de substâncias como sal, açúcar, óleos ou gorduras ao alimento *in natura*. Quanto ao propósito principal do processamento na produção de alimentos do Grupo 1, tem-se o aumento da duração dos alimentos *in natura*, permitindo a sua estocagem por mais tempo; ou a facilitação ou diversificação da preparação culinária dos alimentos (como na remoção de partes não comestíveis, fracionamento e trituração ou moagem); e modificação do seu sabor (como na torra de grãos de café ou de folhas de chá e na fermentação do leite para a produção de iogurtes).²¹²

MONTEIRO et al., 2018a; MONTEIRO et al., 2019).” LOUZADA, Maria Laura da Costa. et. al. **Alimentação e saúde: a fundamentação científica do guia alimentar para a população brasileira**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2019, p. 31.

²¹² “São exemplos típicos de alimentos do grupo 1: legumes, verduras, frutas, batata, mandioca e outras raízes e tubérculos *in natura* ou embalados, fracionados, refrigerados ou congelados; arroz branco, integral ou parboilizado, a granel ou embalado; milho em grão ou na espiga, grãos de trigo e de outros cereais; feijão de todas as cores, lentilhas, grão de bico e outras leguminosas; cogumelos frescos ou secos; frutas secas, sucos de frutas e sucos de frutas pasteurizados e sem adição de açúcar ou outras substâncias ou aditivos; castanhas, nozes, amendoim e outras oleaginosas sem sal ou açúcar; cravo, canela, especiarias em geral e ervas frescas ou secas; farinhas de mandioca, de milho ou de trigo e macarrão ou massas frescas ou secas feitas com essas farinhas e água; carnes de boi, de porco e de aves e pescados frescos, resfriados ou congelados; frutos do mar frescos, resfriados ou congelados; leite pasteurizado ou em pó, iogurte (sem adição de açúcar ou outra substância); ovos; chá de ervas; café feito do grão; e água potável. São também classificados no grupo 1 itens de consumo alimentar compostos por dois ou mais alimentos desse grupo, como granola de cereais, nozes e frutas secas, desde que não adicionada de açúcar, mel, óleo e gorduras.” LOUZADA, Maria Laura da Costa. et. al. **Alimentação e saúde: a fundamentação científica do guia alimentar para a população brasileira**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2019, p. 33.

No Grupo 2 da classificação NOVA estão os ingredientes culinários processados, que incluem substâncias extraídas diretamente de alimentos do Grupo 1 ou da natureza e são consumidos como itens de preparações culinárias. A extração dessas substâncias envolve processos de prensagem, moagem, pulverização, secagem e refino, sendo que o propósito desse processamento é criar produtos utilizados nas cozinhas das casas ou de restaurantes para temperar e cozinhar os alimentos do Grupo 1 visando o preparo de comidas em geral. Nesse sentido, raramente os ingredientes do grupo 2 são consumidos na ausência de alimentos do grupo 1, como exemplo, sal de cozinha extraído de minas ou da água do mar; açúcar, melado e rapadura extraídos da cana-de-açúcar ou da beterraba; mel extraído de favos de colmeias; óleos e gorduras extraídos de alimentos de origem vegetal ou animal, como óleo de soja ou de oliva, manteiga, creme de leite e banha; amido extraído do milho ou de outra planta.²¹³

O terceiro grupo da classificação NOVA trata dos alimentos processados, ou seja, produtos fabricados com a adição de sal ou açúcar e, eventualmente, óleo, vinagre ou outra substância do Grupo 2 a um alimento do Grupo 1, sendo em majoritariamente produtos com dois ou três ingredientes. A fabricação desses produtos envolvem processos de preservação e cocção e, no caso de queijos e de pães, a fermentação não alcoólica. Possui um propósito semelhante ao do Grupo 1, ou seja, o aumento na duração de alimentos *in natura* ou minimamente processados e modificação do sabor. Exemplos são: conservas de hortaliças, de cereais ou de leguminosas, castanhas adicionadas de sal ou açúcar, carnes salgadas, peixe conservado em óleo ou água e sal, frutas em calda, queijos e pães.

Por fim, o quarto grupo, e mais relevante para a problemática em torno da epidemia de obesidade, trata-se do grupo de *alimentos ultraprocessados*. Tais produtos alimentícios são constituídos por formulações de ingredientes, majoritariamente de uso exclusivamente industrial, que resultam de uma série de processamentos industriais, envolvendo várias etapas e diferentes indústrias.²¹⁴ Alimentos ultraprocessados apresentam ingredientes não usuais²¹⁵

²¹³ LOUZADA, Maria Laura da Costa. et. al. op. cit, 2019, pg. 33.

²¹⁴ “Processos começam com o fracionamento de alimentos inteiros em substâncias que incluem açúcares, óleos e gorduras, proteínas, amidos e fibras. Tais substâncias são frequentemente obtidas a partir de poucos alimentos de origem vegetal cujo cultivo possui alto rendimento (milho, trigo, soja, cana ou beterraba) e da purificação ou trituração de carcaças de animais, em geral provenientes da criação intensiva de gado. Algumas dessas substâncias são então submetidas a hidrólise, hidrogenação ou outras modificações químicas. Processos subsequentes envolvem a “junção” das substâncias modificadas com outras não modificadas por meio de técnicas industriais como extrusão, moldagem e pré-fritura”. LOUZADA, Maria Laura da Costa. et. al. op. cit., 2019, p. 35.

em preparações culinárias com função de simular ou ocultar atributos sensoriais. Quando os alimentos do grupo 1 encontram-se presentes em sua composição, isso ocorre em proporção reduzida. Açúcar, óleos e gorduras e sal são frequentemente ingredientes de alimentos ultraprocessados. O principal propósito do ultraprocessamento é criar produtos industriais prontos para comer ou beber ou que requeiram apenas aquecimento e que sejam capazes de substituir alimentos *in natura* ou minimamente processado ²¹⁶, refeições, bebidas, sobremesas e preparações culinárias em geral. São atributos comuns de alimentos ultraprocessados a hiperpalatabilidade, embalagens sofisticadas e atrativas, publicidade agressiva dirigida particularmente a crianças e adolescentes, alegações de saúde, alta lucratividade e controle por corporações transnacionais. Exemplos típicos de alimentos ultraprocessados são: refrigerantes e refrescos em pó; salgadinhos e biscoitos “de pacote” (*snacks*); sorvetes, chocolates, balas e guloseimas em geral; pães de forma, de hot-dog ou de hambúrguer; pães doces e bolos “de pacote” e misturas para bolo; cereais matinais e barras de cereal; bebidas energéticas, achocolatados e bebidas com sabor de frutas; caldos liofilizados com sabor de carne, de frango, de legumes, etc.; maioneses e outros molhos prontos; fórmulas infantis e de seguimento e outros produtos para bebês; produtos liofilizados para emagrecer e substitutos de refeições; produtos congelados prontos para aquecer, como tortas, massas e pizzas pré-preparadas; extratos de carne, de frango ou de peixe, como empanados do tipo *nuggets*, salsicha, hambúrguer e outros produtos de carne reconstituída; sopas, macarrão e sobremesas instantâneos; embutidos industrializados; dentre outros.²¹⁷

O Guia Alimentar oferece quatro recomendações-chave para uma alimentação saudável:

- Fazer dos alimentos frescos ou minimamente processados, em grande variedade e principalmente de origem vegetal, a base de sua dieta.
- Use óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades quando temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.

²¹⁵ Ingredientes presentes somente em alimentos ultraprocessados incluem caseína, lactose, soro de leite, glúten, fibra solúvel ou insolúvel “carnes mecanicamente separadas”, frutose, óleos hidrogenados ou interesterificados, hidrolisados proteicos, isolado proteico de soja, maltodextrina, dextrose, açúcar invertido, suco concentrado, xarope de milho com alto conteúdo em frutose e também outras fontes de proteína, carboidrato ou gordura que não são alimentos dos grupo 1 ou 3, nem ingredientes culinários do grupo 2. Aditivos identificados somente em alimentos ultraprocessados incluem flavorizantes, aromatizantes, realçadores de sabor, corantes, emulsificantes, edulcorantes, espessantes, antiespumantes, agentes de massa, agentes de carbonatação, espumantes e glaceantes.

²¹⁶ como frutas e castanhas, leite e água. Cf. LOUZADA, Maria Laura da Costa. et. al. op. cit., 2019, p. 36.

²¹⁷ LOUZADA, Maria Laura da Costa. et. al. op. cit., 2019, p. 37.

- Limitar o uso de alimentos processados, consumindo-os em pequenas quantidades como ingredientes em preparações culinárias ou como parte de refeições baseadas em alimentos frescos ou minimamente processados.

- **Evite alimentos ultraprocessados.** A regra de ouro é: sempre prefira alimentos frescos ou minimamente processados e preparações culinárias ao invés de alimentos ultraprocessados.

Quadro 1: Características dos Alimentos Ultraprocessados.²¹⁸

Alimentos ultraprocessados são fabricados, em geral, por indústrias de grande porte, e envolvem diversas etapas e técnicas de processamento e muitos ingredientes, incluindo sal, açúcar, óleos e gorduras e substâncias de uso exclusivamente industrial. Algumas características dos produtos ultraprocessados são:

- Alimentos embalados que em geral apresentam um número elevado de ingredientes (frequentemente cinco ou mais) com nomes pouco familiares e não usados em preparações culinárias caseiras (ex: gordura vegetal hidrogenada, óleos interesterificados, xarope de frutose, isolados proteicos, agentes de massa, espessantes, emulsificantes, corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários outros tipos de aditivos);
- Por conta de sua formulação e apresentação, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir alimentos *in natura* ou minimamente processados;
- Quando presentes nos produtos ultraprocessados, alimentos *in natura* ou minimamente processados representam proporção reduzida dos ingredientes;
- São disponibilizados prontos (ou quase prontos) para o consumo e por isso anunciados como “produtos de conveniência”;
- Favorecem padrões de alimentação não saudáveis, como substituir refeições por lanches, comer por impulso ou sem fome, comer fazendo outras atividades;
- Tendem a ser ricos em gorduras, açúcares ou sódio e pobres em fibras, vitaminas, minerais e outras substâncias com atividade biológica que estão naturalmente presentes em alimentos *in natura* ou minimamente processados;

²¹⁸ Informações extraídas de: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

- Há também alimentos ultraprocessados reformulados, como por exemplo os “light e diet” ou “adicionados de fibras, vitaminas e minerais”, que ainda assim apresentam composição nutricional desbalanceada, sem a garantia de que o nutriente adicionado reproduza no organismo a função do nutriente naturalmente presente nos alimentos.

Em suma, o Professor Carlos Augusto Monteiro, esclarece que os produtos alimentícios ultraprocessados, comparados com os alimentos *in natura* ou minimamente processados, em regra, têm mais açúcar, mais gordura saturada, mais sódio e menos fibra, características que aumentam o risco de várias doenças crônicas. A maioria é feita, anunciada e vendida por grandes corporações e possuem a característica de serem muito duráveis, e prontos para consumir, e por isso chamados “alimentos de conveniência” na medida em que requerem mínima ou nenhuma preparação, têm longos prazos de validade, podem ser comercializados em diferentes tamanhos e são facilmente encontrados em todos os lugares. Além disso, produtos ultraprocessados tendem a ser hiperpalatáveis graças à adição generosa de gorduras, açúcar e sal e ao uso de toda sorte de aditivos “realçadores de sabor” pela indústria de alimentos. Todos esses fatores são largamente explorados pela indústria publicitária, que ampliam as “vantagens” dos produtos ultraprocessados e estimulam seu consumo em excesso, sem levar em conta os impactos para a saúde. Diante disso, a produção e o consumo desses produtos está aumentando rapidamente pelo mundo e substituindo padrões alimentares baseados nos alimentos frescos e minimamente processados.²¹⁹

O Guia Alimentar para a População Brasileira apresenta as razões pelas quais o consumo de alimentos ultraprocessados deve ser evitado. Em resumo:

- Alimentos ultraprocessados possuem composição nutricional desequilibrada;
- Alimentos ultraprocessados favorecem o consumo excessivo de calorias;
- Alimentos ultraprocessados tendem a afetar negativamente a cultura, a vida social e o meio ambiente .

²¹⁹ MONTEIRO, Carlos Augusto. The big issue is ultra-processing: the price and value of meals [Comentary]. *World Nutrition*, [S.l.], v.2, n.6, p.271-282, 2011.

Em síntese, os fatores apresentados pelo Guia Alimentar para a População Brasileira para essas conclusões são os seguintes:

Quadro 2: Razões para evitar o consumo de ultraprocessados. ²²⁰

1- Alimentos ultraprocessados tem composição nutricional desbalanceada	2- Alimentos ultraprocessados favorecem o consumo excessivo de calorias	3- Alimentos ultraprocessados tendem a afetar negativamente a cultura, a vida social e o ambiente
Os ingredientes principais fazem com que frequentemente sejam ricos em gorduras, açúcares e sódio (aditivos para estender a duração dos produtos e intensificar o sabor)	“Enganam” os dispositivos do nosso organismo para regular o balanço de calorias, podendo comprometer os mecanismos que sinalizam a saciedade e controlam o apetite. Alguns atributos comuns:	Impacto na cultura: marcas, embalagens, rótulos e conteúdo de alimentos ultraprocessados tendem a ser idênticos em todo o mundo. Diante de campanhas massivas, culturas alimentares locais passam a ser vistas como desinteressantes.
Para que tenham longa duração frequentemente são fabricados com gorduras que resistem à oxidação, mas que tendem a obstruir as artérias, como óleos ricos em gorduras saturadas, hidrogenadas e também trans.	- Hipersabor: com a “ajuda” de açúcares, gorduras, sal e vários aditivos, são formulados para que sejam extremamente saborosos ou mesmo para criar dependência. A publicidade comumente chama atenção para o fato de serem “irresistíveis”.	Impacto na vida social: alimentos ultraprocessados são formulados e embalados para serem consumidos sem necessidade de qualquer preparação, a qualquer horário. O seu uso torna a preparação de alimentos, a mesa de refeições e o compartilhamento da comida totalmente desnecessários.
Tendem a ser pobres em fibras, que são essenciais para a prevenção de doenças do coração, diabetes e vários tipos de câncer.	- Comer sem atenção: formulados para serem consumidos em qualquer lugar, como enquanto se assiste à televisão, mesa de trabalho ou andando na rua. Essas circunstâncias também prejudicam a capacidade de o organismo “registrar” devidamente as calorias	Impacto no ambiente: devido ao grande uso de embalagens e a grande demanda por açúcar, óleos vegetais e outras matérias primas que estimulam monoculturas dependentes de agrotóxicos e uso intenso de fertilizantes químicos e de água, em detrimento da diversificação da agricultura.
	- Tamanhos gigantes: com o baixo custo dos ingredientes, é comum que ultraprocessados sejam comercializados em embalagens gigantes, sendo assim, maior o risco do consumo involuntário de calorias e maior o risco de obesidade	
	- Calorias líquidas: há uma menor capacidade do organismo humano “registrar” calorias provenientes de bebidas adoçadas	

²²⁰ Informações extraídas de: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. op. cit., 2014.

O Guia Alimentar para População Brasileira contempla alguns fatores ambientais que podem ser impeditivos ou obstáculos à adoção das suas recomendações, dentre eles o alto custo dos alimentos minimamente processados em comparação com os alimentos ultraprocessados, a necessidade de comer em locais que não oferecem opções de alimentação saudável e intensa exposição à publicidade de alimentos não saudáveis.

3.2 Ultraprocessados e desfecho em obesidade e doenças correlacionadas

Estudos demonstraram que os produtos ultraprocessados tem dominado o mercado de alimentos em países de alta-renda, e o consumo desses produtos tem crescido rapidamente em países de média e baixa renda. O efeito geral é a substituição de padrões alimentícios baseados em alimentos frescos e preparações culinárias por uma ingestão constante de lanches (*snacks*) prontos para o consumo com elevados teores de energia, gorduras, açúcar e/ou sal.²²¹

O consumo de alimentos ultraprocessados tem aumentado globalmente, e tal fenômeno é associado à epidemia de obesidade. Nos Estados Unidos, o consumo de produtos ultraprocessados representam 57,9% do total de ingestão energética, e quase 90% da ingestão diária média americana (292,2 kcal) de açúcares adicionados²²² vem de alimentos ultraprocessados²²³. Em outro estudo, a fração de ingestão de energia total proveniente de produtos ultraprocessados no Canadá apresentou um aumento de 24,4% em 1938 para 59,9% em 2001. No Brasil, essa fração cresceu de 18,7% em 1987 para 26,1% em 2003. Apesar da fração de ingestão ser quase duas vezes maior no Canadá em relação ao Brasil, o crescimento relativo no Brasil foi maior (2,1% por ano) em relação ao Canadá (1,3% ao ano). O mesmo estudo analisou os padrões de consumo de determinadas categorias de ultraprocessados em 79 países de média e alta renda. Os resultados mostraram um maior consumo de alimentos

²²¹ MONTEIRO, C.A.; MOUBARAC, J.-C.; CANNON, G. et al. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. **Obes Rev**, v.14, suppl.2, p.21s-28s, 2013.

²²² Açúcares adicionados são definidos como açúcares que são adicionados aos alimentos como um ingrediente durante a preparação culinária, processamento, ou à mesa. Açúcares adicionados não incluem açúcares que ocorrem de forma natural (ex: lactose no leite, frutose em frutas). Exemplos de açúcar adicionados incluem açúcar mascavo, açúcar da cana-de-açúcar, açúcar de confeitiro, açúcar granulado, dextrose, xarope de milho, mel, e outros tipos de xarope.

²²³ MARTÍNEZ, Steele E.; BARALDI, L.G.; LOUZADA, M.L.D.C.; et al.. Ultra-processed foods and added sugars in the US diet: evidence from a nationally representative cross-sectional study. **BMJ Open**. v. 6, issue 3, 2016.

ultraprocessados em países de alta renda, porém um maior aumento relativo e em alguns casos, absoluto, em países de média renda. Os dados sugerem que em países de alta-renda a ingestão de *snacks* prontos para o consumo podem permanecer constantes, e o consumo de refrigerantes pode já ter atingido seu ponto máximo de consumo.²²⁴ Análises em países da América Latina demonstram uma associação significativa entre a prevalência de obesidade em adultos e a venda *per capita* de produtos alimentícios ultraprocessados.²²⁵

Em relatório publicado pela OPAS e OMS, verifica-se as tendências, impacto em obesidade e implicações políticas dos alimentos e bebidas ultraprocessados na América Latina.²²⁶ Nos países da OCDE, as vendas de *fast food* predizem aumento da massa corporal²²⁷. No Brasil, maior risco para doença cardiovascular, síndrome metabólica em adolescentes²²⁸ e obesidade em adultos²²⁹ é previsto pelo maior consumo de produtos ultraprocessados, assim como a dislipidemia em crianças²³⁰. Estes achados são corroborados pelas pesquisas que demonstram a associação das vendas de produtos ultraprocessados com o aumento da massa corporal e da obesidade na América Latina:

²²⁴ MONTEIRO, C.A.; MOUBARAC, J.-C.; CANNON, G. et al. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. **Obes Rev**, v.14, suppl.2, p.21s-28s, 2013.

²²⁵ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Alimentos e bebidas ultraprocessados na América Latina: tendências, efeito na obesidade e implicações para políticas públicas**. Brasília, DF: OPAS; 2018.

²²⁶ *Ibid.*

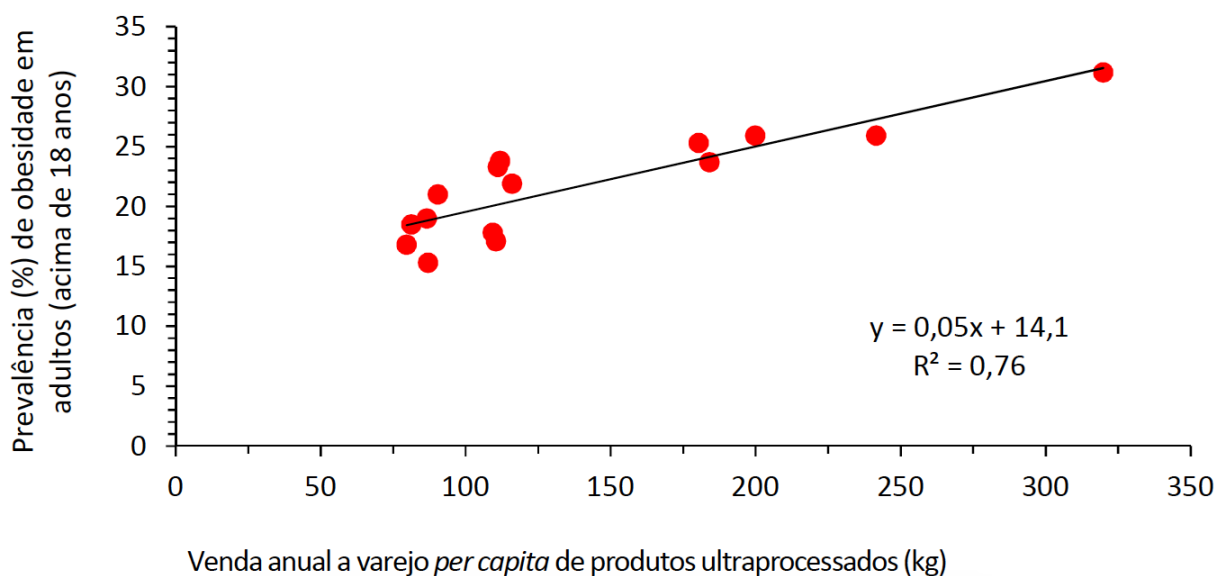
²²⁷ DE VOGLI, R.; KOUVONEN, A.; GIMENO, D. The influence of market deregulation on fast food consumption and body mass index: a cross-national time series analysis. **Bull World Health Organ**. v. 92, issue 2, p. 99-107, 2014.

²²⁸ TAVARES L.F.; FONSECA, S.C.; GARCIA, Rosa M.L.; YOKOO, E.M. Relationship between ultraprocessed foods and metabolic syndrome in adolescents from a Brazilian Family Doctor Program. **Public Health Nutr**. V. 15, n. 1, p. 82-7, 2012.

²²⁹ CANELLA, D.S.; LEVY, R.B.; MARTINS, A.P.; CLARO, R.M.; MOUBARAC, J.C.; BARALDI, L.G.; et al. Ultraprocessed food products and obesity in Brazilian households (2008–2009). **PLoS One**. v. 9, n.3, 2014.

²³⁰ RAUBER, F.; CAMPAGNOLO, P.D.; HOFFMAN, D.J.; VITTOLO, M.R. Consumption of ultraprocessed food products and its effects on children's lipid profiles: a longitudinal study. **Nutr Metab Cardiovasc Dis**. V. 25, n.1, 2015, p. 116–22.

Figura 10: Venda anual per capita de produtos ultraprocessados e prevalência de obesidade em adultos em 14 países nas Américas, 2013.²³¹



Os produtos ultraprocessados foram: bebidas gaseificadas, *snacks* açucarados e salgados, cereais matinais, doces e confeitados, sorvetes, biscoitos, sucos de frutas e verduras, bebidas esportivas e energéticas, chá ou café prontos para beber, pastas, molhos e pratos prontos. As quantidades em litros foram convertidas em quilogramas. Fonte: Vendas do banco de dados Passport da Euromonitor International (2014)²³². Os dados sobre obesidade são do Relatório Mundial sobre Doenças Não Transmissíveis de 2014 da OMS.²³³

Fonte: OPAS, 2018.

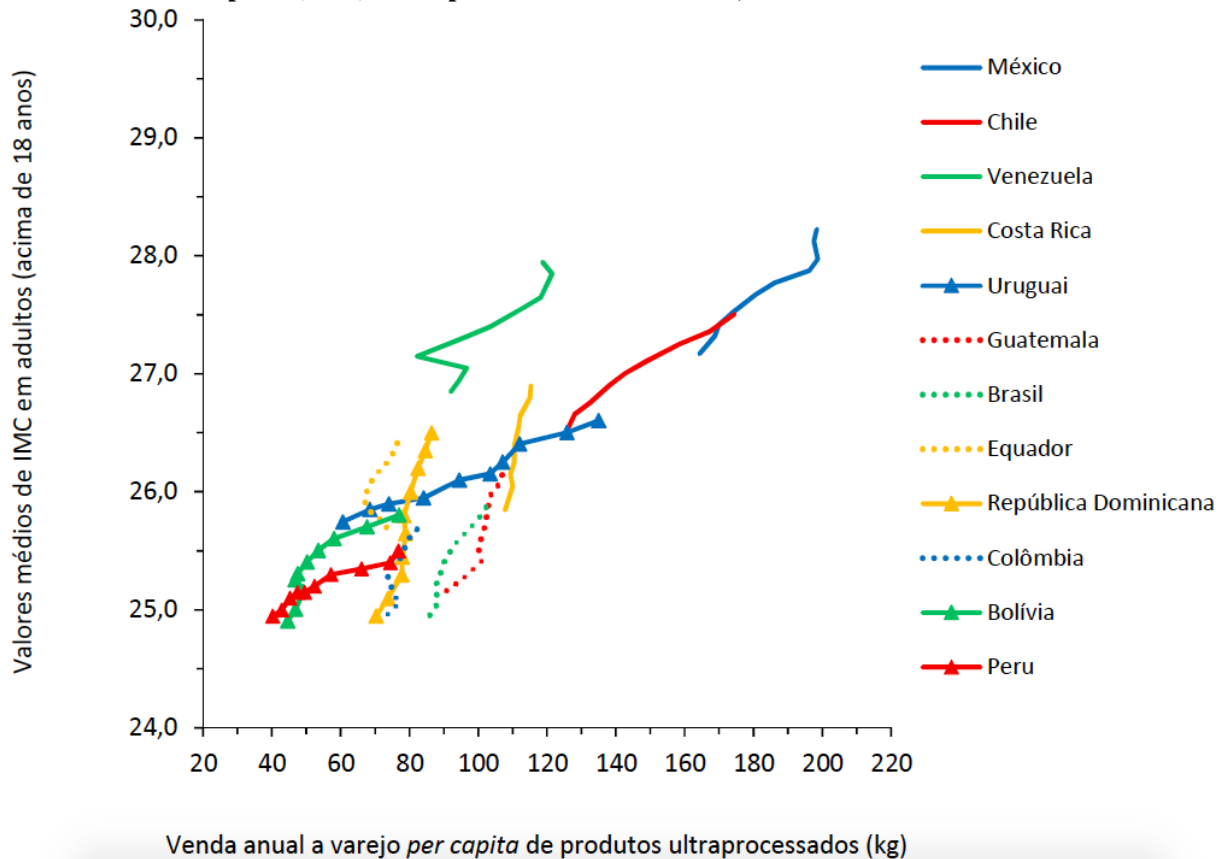
A evolução das vendas de produtos ultraprocessados tem sido acompanhada e descrita, conforme se vê na seguinte figura:

²³¹ Figura extraída de: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Alimentos e bebidas ultraprocessados na América Latina: tendências, efeito na obesidade e implicações para políticas públicas**. Brasília, DF: OPAS; 2018, p. 44.

²³² EUROMONITOR INTERNATIONAL. **Passport Global Market Information Database** [Internet]. Londres: Euromonitor, 2015.

²³³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra: OMS; 2014. Disponível em: < <http://who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/> >. Acesso em: 28 dez. 2019

Figura 11: Venda anual *per capita* de produtos alimentícios e bebidas ultraprocessados e valores médios do índice de massa corporal (IMC) em 12 países da América Latina, 2000-2009.²³⁴



Os produtos ultraprocessados foram: bebidas gaseificadas, *snacks* açucarados e salgados, cereais matinais, doces e confeitos, sorvetes, biscoitos, sucos de frutas e verduras, bebidas esportivas e energéticas, chá ou café prontos para beber, pastas, molhos e pratos prontos. As quantidades em litros foram convertidas em quilogramas. Fonte: Vendas do banco de dados Passport da Euromonitor International (2014)²³⁵. Os dados do IMC são da WHO Global InfoBase²³⁶.

Fonte: OPAS, 2018.

Enquanto crescem as vendas dos produtos ultraprocessados mundialmente, eles tornam-se cada vez mais baratos, impulsionando uma tendência desfavorável à manutenção da alimentação saudável.²³⁷ Se nada for feito, os alimentos não saudáveis serão cada vez mais baratos, e por consequência, seu apelo ao consumo, cada vez maior.

²³⁴ Figura extraída de: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit., 2018, p. 45.

²³⁵ EUROMONITOR INTERNATIONAL. **Passport Global Market Information Database** [Internet]. Londres: Euromonitor, 2015.

²³⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Global Infobase**. Genebra: OMS, 2014.

²³⁷ YUBA, T. Y.; et. al. Evolução dos preços relativos de grupos alimentares entre 1939 e 2010, em São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública**. V. 47, n.3, p. 549-59, 2013.

Ainda de acordo com relatório publicado pela OPAS/OMS²³⁸, uma das principais razões para a penetração de produtos ultraprocessados nos países em desenvolvimento são as políticas econômicas que, desde a década de 1980, têm promovido o fluxo de capital e comércio internacional, entrada estrangeira nos mercados nacionais e desregulamentação do mercado. Essas políticas permitiram o rápido crescimento das corporações transnacionais de fabricação, distribuição, e comercialização de alimentos²³⁹. Ao adotar políticas de desregulamentação de mercado e medidas fiscais que favorecem as grandes indústrias de alimentos, a produção, as vendas e o consumo de produtos ultraprocessados tendem a aumentar^{240,241}. O suporte para essa conclusão é demonstrado abaixo pela correlação de vendas per capita de produtos ultraprocessados com o grau de desregulamentação do país de acordo com o Índice de Liberdade Econômica²⁴². A Figura abaixo mostra as vendas anuais no varejo *per capita* de produtos ultraprocessados em função da desregulamentação do mercado em 74 países do mundo no ano de 2013. O relatório da OPAS nos indica que há uma correlação positiva entre desregulamentação do mercado e vendas de produtos ultraprocessados, ou seja, quanto maior o grau de desregulamentação, maiores as vendas de produtos ultraprocessados.

²³⁸ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Alimentos e bebidas ultraprocessados na América Latina: tendências, efeito na obesidade e implicações para políticas públicas**. Brasília, DF: OPAS; 2018, p.38.

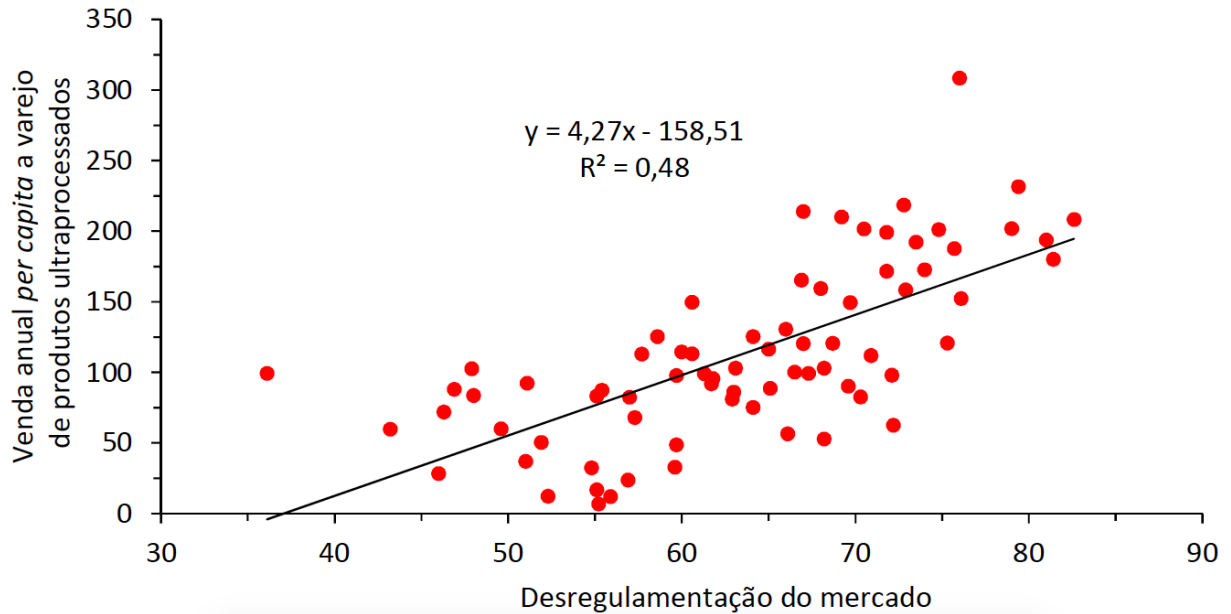
²³⁹ REARDON, T.; BERDEGUÉ, J.A. The rapid rise of supermarkets in Latin America: challenges and opportunities for development. **Dev Policy Rev.**, v. 20(4), p. 371–388, 2002. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit., 2018, p.38.

²⁴⁰ DE VOGLI, R.; KOUVONEN, A.; GIMENO, D. The influence of market deregulation on fast food consumption and body mass index: a cross-national time series analysis. **Bull World Health Organ.**, v. 92, 2, p. 99–107, 107A, 2014. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit., 2018, p.38.

²⁴¹ OFFER, A.; PECHÉY, R.; ULIJASZÉK, S. Obesity under affluence varies by welfare regimes: the effect of fast food, insecurity, and inequality. **Econ Hum Biol.**, v. 8, 3, p. 297–308, 2010. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit., 2018, p.38.

²⁴² MILLER T, HOLMES K. Index of economic freedom: the link between economic opportunity and prosperity. Washington: Heritage Foundation; 2009. Available from: <http://www.heritage.org/index/download>. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit., 2018, p.38.

Figura 12: Vendas anuais de varejo per capita de alimentos e bebidas ultraprocessados em função da desregulação do mercado em 74 países, 2013.²⁴³



Os produtos ultraprocessados foram: bebidas gaseificadas, produtos tipo *snack*, cereais matinais, doces e confeitos, sorvetes, biscoitos, sucos de frutas e verduras, bebidas esportivas e energéticas, chá ou café prontos para beber, pastas, molhos e pratos prontos. As quantidades em litros foram convertidas em quilogramas. Fonte: Vendas do banco de dados Passport da Euromonitor International (2014)²⁴⁴. Os 74 países estão relacionados no Anexo B exceto os Emirados Árabes Unidos (devido à proporção extremamente alta de expatriados), Cingapura e Hong Kong (por serem cidades-Estado) e Argentina, Filipinas e Taiwan (devido a dados incompletos sobre os fatores socioeconômicos). A desregulamentação do mercado está representada pelo índice de liberdade econômica publicado pela Fundação Heritage e Wall Street Journal²⁴⁵.

Fonte: OPAS, 2018.

Diante dessas constatações, desde a criação conceitual do sistema NOVA e evolução dos estudos epidemiológicos sobre impacto do consumo de ultraprocessados, surgiram críticas por parte da grande indústria alimentícia e pesquisadores²⁴⁶ relacionados à indústria^{247,248},

²⁴³ Figura extraída de: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit., 2018, p.39.

²⁴⁴ EUROMONITOR INTERNATIONAL. **Passport Global Market Information Database** [Internet]. Londres: Euromonitor, 2015.

²⁴⁵ Miller T, Holmes K. **Index of economic freedom: the link between economic opportunity and prosperity**. Washington: Heritage Foundation, 2009.

²⁴⁶ GIBNEY, M.J.; FORDE, C.G.; MULLALLY, D.; GIBNEY, E.R.. Ultra-processed foods in human health: a critical appraisal. **Am J Clin Nutr** . 106, p. 717-724, 2017.

²⁴⁷ ABRASCO. Nota de apoio ao Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição em Saúde (NUPENS/USP) frente às tentativas de desqualificação acadêmica da classificação de alimentos NOVA. Disponível em: < <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/apoio-nupens/32245/> >. Acesso em: 1 Mai 2019

²⁴⁸ MIALON, M.; SERÔDIO, P.; SCAGLIUSI, F.B. et al. Criticism of the NOVA classification: who are the protagonists. **World Nutrition**, v.9, n.3, p.176-240, 2018.

contestando sua precisão e aplicabilidade. No entanto, conforme resumido por Kevin Hall²⁴⁹, a crescente suspeita de que os alimentos ultraprocessados contribuíram para a carga das DCNTs baseia-se na observação de que o aumento da obesidade e a prevalência do diabetes tipo 2 ocorreram paralelamente a um sistema alimentar cada vez mais industrializado²⁵⁰ caracterizado pela produção em larga escala de insumos agrícolas (principalmente milho, soja e trigo) de alto rendimento e baixo custo, refinados e processados para gerar uma abundância de alimentos de “valor agregado”^{251,252}. Os alimentos ultraprocessados tornaram-se mais comuns em todo o mundo^{253,254} e hoje constituem a maioria das calorias consumidas na América²⁵⁵. Além disso, estudos apontam que alimentos ultraprocessados podem facilitar o consumo em excesso e a obesidade²⁵⁶ pois são tipicamente excessivos em calorias, sal, açúcar e gordura²⁵⁷ e formulados para interferir nas propriedades de regulação do apetite^{258,259,260} e nos sinais entre cérebro e sistema digestivo, influenciando no reforço da ingestão.²⁶¹

Temos que o consumo em excesso de alimentos e bebidas ultra-processadas é ligado à dietas alimentares pobres em qualidade, obesidade e riscos de DCNTs relacionados à

²⁴⁹ HALL, Kevin D. et al. Ultra-processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: A One-month Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. **Cell Metab.** V. 30, n. 1, p. 67-77, 2019.

²⁵⁰ STUCKLER, D.; MCKEE, M.; EBRAHIM, S.; and BASU, S. Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol, and tobacco. **PLoS medicine** 9, 2012.

²⁵¹ BLATT, H. America's food: What you don't know about what you eat. Cambridge: **The MIT press**, 2008.

²⁵² ROBERTS, P. The end of food. New York: **Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company**, 2008.

²⁵³ MONTEIRO, C.A., MOUBARAC, J.C., CANNON, G., NG, S.W., and POPKIN, B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. **Obes Rev**, 14 Suppl 2, p. 21-28, 2013.

²⁵⁴ MOUBARAC, J.C. Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications. Washington D.C.: **Pan American Health Organization**, 2015, p. 60.

²⁵⁵ MARTINEZ STEELE, E.; BARALDI, L.G.; LOUZADA, M.L.; MOUBARAC, J.C.; MOZAFFARIAN, D.; MONTEIRO, C.A. Ultra-processed foods and added sugars in the US diet: evidence from a nationally representative cross-sectional study. **BMJ open**, v. 6, e009892, 2016.

²⁵⁶ POTI, J.M.; BRAGA, B.; QIN, B. Ultra-processed Food Intake and Obesity: What Really Matters for Health-Processing or Nutrient Content? **Current obesity reports**, v. 6, p. 420-431, 2017.

²⁵⁷ POTI, J.M.; MENDEZ, M.A.; NG, S.W.; POPKIN, B.M.. Is the degree of food processing and convenience linked with the nutritional quality of foods purchased by US households? **Am J Clin Nutr**, v. 101, p. 1251-1262, 2015.

²⁵⁸ KESSLER, D.A.. **The end of overeating: controlling the insatiable American appetite**. New York: Rodale Inc., 2009.

²⁵⁹ MOSS, M.. **Salt, sugar, fat: how the food giants hooked us**. New York: Random House, 2013.

²⁶⁰ SCHATZKER, M.. **The dorito effect: The surprising new truth about food and flavor**. New York, NY: Simon & Schuster, 2015.

²⁶¹ SMALL, D.M.; DIFELICEANTONIO, A.G.. Processed foods and food reward. **Science**, v. 363, p. 346-347, 2019.

alimentação²⁶². Esses produtos podem também contribuir com a desnutrição e deficiência de micronutrientes por substituir alimentos mais nutritivos e integrais. O alto consumo desses produtos é comum nas dietas de crianças em idade de complementação alimentar em diversos países de baixa e média renda.²⁶³ Em grupos vulneráveis, especialmente entre crianças vivendo com dietas de qualidade marginal, bebidas e alimentos ultraprocessados podem contribuir tanto com a obesidade como com desnutrição crônica.^{264,265}

A relação causal entre consumo de ultraprocessados e obesidade foi, de fato, demonstrada pela primeira vez em um ensaio clínico randomizado controlado que examinou os efeitos de uma dieta de ultraprocessados *versus* não processados na ingestão de energia, e verificou que ganhos de peso foram altamente correlatos à ingestão energética durante a dieta de ultraprocessados, assim como perda de peso durante as dietas de alimentos não processados. Pesquisadores do *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases* (Instituto Nacional de Diabetes e Doenças Digestivas e Renais) publicaram o estudo na revista *Cell Metabolism* em maio de 2019 comparando os efeitos em saúde sobre o consumo de uma dieta ultraprocessada *versus* uma dieta com “comida de verdade” não processada.²⁶⁶ O estudo descobriu que dietas ultraprocessadas levam a um aumento do desejo de comer mais e, portanto, ao ganho de peso.

Nesse estudo, 20 adultos (10 homens, 10 mulheres) de tamanho e idade semelhantes foram separados em dois grupos, com um grupo consumindo uma dieta ultraprocessada por duas semanas, enquanto o outro grupo seguiu uma dieta não processada. Cada grupo então mudou para a dieta oposta por mais duas semanas. As duas dietas foram projetadas para fornecer quantidades correspondentes de calorias totais, calorias por grama, macronutrientes,

²⁶² MONTEIRO, C.A.; MOUBARAC, J.C.; CANNON, G.; Ng SW; POPKIN B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obes Rev.* v. 14, p. 21-28, 2013. apud SWINBURN, Boyd. Et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet Commissions**. Volume 393, Issue 10173, January 27, 2019. p.17.

²⁶³ ZEHNER, E. Promotion and consumption of breastmilk substitutes and infant foods in Cambodia, Nepal, Senegal and Tanzania. *Matern Child Nutr.* v. 12, p. 3-7, 2016. apud SWINBURN, Boyd. Et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet Commissions**. Volume 393, Issue 10173, January 27, 2019, p.17.

²⁶⁴ TZIOUMIS, E.; KAY, M.C.; BENTLEY, M.E; ADAIR, LS. Prevalence and trends in the childhood dual burden of malnutrition in low- and middle-income countries, 1990–2012. *Public Health Nutr.*, v.19, p. 1375-1388, 2016. apud SWINBURN, Boyd. Et al. op. cit. p.17.

²⁶⁵ UAUY, R.; KAIN, J. The epidemiological transition: need to incorporate obesity prevention into nutrition programmes. *Public Health Nutr.* v. 5, p. 223-229, 2002. apud SWINBURN, Boyd. Et al. op. cit. p.17.

²⁶⁶ HALL, Kevin D. et al. Ultra-processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: A One-month Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. *Cell Metab.* v. 30, n. 1, p. 67-77, 2019.

fibras, açúcar e sódio. Os participantes foram instruídos a consumir o quanto desejassem. As principais conclusões foram:

- Os participantes da dieta ultraprocessada consumiram 508 calorias a mais por dia, um aumento composto quase totalmente de carboidratos e gorduras, mas não de proteína.
- Os participantes da dieta ultraprocessada ganharam em média 0,9 kg nas duas semanas e perderam em média 0,9 kg após duas semanas na dieta não processada.
- As refeições foram consumidas mais rapidamente no grupo de dieta ultraprocessada do que no grupo de dieta não processada.
- Os participantes da dieta não processada observaram um aumento no hormônio inibidor de apetite e uma diminuição no hormônio associado à fome.

Como mensagens-chave desse estudo salienta-se que: (i) este estudo é o primeiro de seu tipo a fornecer evidências concretas de que alimentos ultraprocessados podem incentivar excessos e o desenvolvimento da obesidade; (ii) grandes quantidades de alimentos ultraprocessados na dieta podem aumentar as calorias consumidas e promover ganho de peso; (iii) alimentos ultraprocessados são baratos e projetados para aumentar o sabor, o que pode levar à ingestão compulsiva; (iv) sua natureza viciante é preocupante, uma vez que contribuem para uma estimativa de 25% a 50% da ingestão calórica diária, globalmente. Os resultados deste estudo, por fim, apoiam a necessidade de políticas eficazes para redução do consumo de alimentos não saudáveis e de forma a reduzir o ônus da obesidade, especialmente em crianças.

Esses achados estão em consonância com uma enorme gama de estudos que demonstram que o nível de consumo de produtos ultraprocessados é fortemente correlacionado com a qualidade geral da dieta e o risco de obesidade e DCNTs associadas. *Fast foods, snacks* e refrigerantes (que são em sua maioria ultraprocessados) são identificados pela OMS como obesogênicos.²⁶⁷

Recentemente, a FAO publicou o relatório *Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system* no qual compila-se e comenta-se a literatura científica revisada por pares que avalia o impacto do consumo de ultraprocessados na

²⁶⁷ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications**. Washington, DC: PAHO, 2015, p. 45.

qualidade nutricional das dietas nacionais, assim como, no risco de DCNTs.^{268,269} Em síntese, os resultados dos estudos sobre qualidade da dieta mostram associações significativas e graduadas entre a participação na dieta de alimentos ultraprocessados e os perfis nutricionais da dieta propensos a DCNTs, incluindo alto ou excessivo teor de açúcar livre ou adicionado, gorduras saturada e trans e sódio, e também alta densidade energética da dieta; e baixo ou insuficiente teor de proteínas, fibras e potássio. Além disso, os resultados dos estudos sobre desfechos em saúde mostram associações plausíveis, significativas e graduadas entre a parcela da dieta de alimentos ultraprocessados e a ocorrência ou incidência de várias doenças não transmissíveis, incluindo obesidade e doenças relacionadas à obesidade, como doenças cardiovasculares e metabólicas, câncer de mama e outros, depressão, distúrbios gastrointestinais, fragilidade em idosos e também mortalidade prematura. No caso de aumentos de curto prazo no peso corporal e na gordura, isso é apoiado solidamente pelo estudo randomizado controlado conduzido pelo *US National Institutes of Health*, já comentado anteriormente.²⁷⁰

3.3 Alimentos com alta densidade-energética e pobres em nutrientes

Conforme se viu, os produtos alimentícios ultraprocessados são frequentemente produtos com alta densidade-energética e pobres em nutrientes. A OMS alerta que há

²⁶⁸ “Studied NCD outcomes included obesity and related factors (values of or changes in weight, body mass index, waist circumference, skinfolds, percentage of body fat); cardiovascular health (hypertension, dyslipidaemia, metabolic syndrome, and cardiovascular diseases overall, coronary heart diseases and cerebrovascular disease); cancer (overall, breast, prostate, and colorectal cancer); depression; asthma and wheezing; gastrointestinal disorders, frailty syndrome, and also all-cause, cardiovascular, and cancer mortality.” In: MONTEIRO, C.A.; CANNON, G.; LAWRENCE, M.; COSTA LOUZADA, M.L.; PEREIRA MACHADO. **Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system**. Rome, FAO, 2019, p. 33. Disponível em: < <http://www.fao.org/3/ca5644en/ca5644en.pdf> >. Acesso em: 11 nov. 2019.

²⁶⁹ “Papers on the effects on diet quality reported results from nineteen nationally-representative studies. Papers on health outcomes reported results from nine nationwide cross-sectional studies, sixteen longitudinal studies and one randomized controlled trial. Taken together, the results from the studies on diet quality show significant and graded associations between the dietary share of ultra-processed foods and dietary nutrient profiles prone to non-communicable diseases, including high or excessive content of free or added sugar, saturated and trans fats, and sodium, and also high dietary energy density; and low or insufficient content of protein, fibre and potassium.” MONTEIRO, C.A.; CANNON, G.; LAWRENCE, M.; COSTA LOUZADA, M.L.; PEREIRA MACHADO. **Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system**. Rome, FAO, 2019, p. 33.

²⁷⁰ *Ibid*, p.33.

evidências convincentes sobre a relação entre a alta ingestão de alimentos com alta densidade-energética e o ganho de peso:

*“High intake of energy-dense micronutrient-poor foods (causative). There is convincing evidence that a high intake of energy-dense foods promotes weight gain. In high-income countries (and increasingly in low-income countries) these energy-dense foods are not only highly processed (low NSP) but also micronutrient-poor, further diminishing their nutritional value. Energy-dense foods tend to be high in fat (e.g. butter, oils, fried foods), sugars or starch, while energy-dilute foods have a high water content (e.g. fruits and vegetables). Several trials have covertly manipulated the fat content and the energy density of diets, the results of which support the view that so-called ‘passive over consumption’ of total energy occurs when the energy density of the diet is high and that this is almost always the case in high-fat diets.(...)”*²⁷¹

Sendo assim, a OMS é enfática ao alertar que “dietas milagrosas” não são medidas recomendadas para lidar com o problema da obesidade em nível populacional. De acordo com a OMS, as mudanças duradouras em saúde pública requerem um ambiente que apoie escolhas alimentares saudáveis e uma vida ativa.²⁷²

3.4 Açúcar adicionado e bebidas açucaradas

De acordo com a OPAS, o açúcar adicionado à alimentação tem sido tema de forte investigação científica nos últimos anos. As metanálises de estudos longitudinais²⁷³ e estudos controlados aleatórios²⁷⁴ mostraram associações positivas entre o consumo de açúcar de adição e o aumento de peso. Além disso, o consumo de bebidas açucaradas tem forte

²⁷¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases**. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series 916, 2003, p.64.

²⁷² Ibid. p.64.

²⁷³ VARTANIAN, L.R.; SCHWARTZ, M.B; BROWNELL, K.D. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. **Am J Pub Health**, v. 97, 4, p. 667-675, 2007. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes**. (Original: inglês). 53 Conselho Director 66a Sessão do Comitê Regional da OMS. Washington, D.C., USA, 2014.

²⁷⁴ MORENGA, L.T; MALLARD, S.; MANN, J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies [online]. **BMJ**, v. 346, e7492, 2013. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/346/bmj.e7492>>. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit. 2014.

associação com doença cardiovascular ²⁷⁵, diabetes tipo 2 e síndrome metabólica ²⁷⁶. Entre os mecanismos fisiológicos estão a hiperinsulinemia, resistência à insulina, a inflamação de vasos sanguíneos e a hipertensão ²⁷⁷.

Ainda de acordo com a OPAS/OMS, alerta-se que a redução do consumo dos açúcares de adição é essencial para a prevenção de sério prejuízo à saúde da população relacionado à alimentação. Tal medida deve vir acompanhada de uma alimentação saudável, baseada no consumo diário de frutas e verduras, grãos não refinados, leguminosas de grão, leite, proteínas magras incluindo peixes e óleos vegetais, e baixo consumo de carnes vermelhas e processadas. ^{278,279}

A OMS também aponta como fator causativo de obesidade, a alta ingestão de bebidas açucaradas, sendo as calorias líquidas um fator agravante desse processo:

“A high intake of sugars-sweetened beverages (causative). Diets that are proportionally low in fat will be proportionally higher in carbohydrate (including a variable amount of sugars) and are associated with protection against unhealthy weight gain, although a high intake of free sugars in beverages probably promotes weight gain. The physiological effects of energy intake on satiation and satiety appear to be quite different for energy in solid foods as opposed to energy in fluids. Possibly because of reduced gastric distension and faster transit times, the energy contained in fluids is less well “detected” by the body and subsequent food intake is poorly adjusted to account for the energy taken in through beverages (19). This is supported by data from cross-sectional, longitudinal, and cross-over studies (20--22). The high and increasing consumption of sugars-sweetened drinks by children in many countries is of serious concern. It has been estimated that each additional can or glass of sugars-sweetened drink that they consume every day increases the risk of becoming obese by 60% (19). Most of the evidence relates to soda drinks but many fruit drinks and cordials are equally energy-dense and may promote weight gain if

²⁷⁵ FUNG, T.T; MALIK, V.; REXRODE, K.M, et al. Sweetened beverage consumption and risk of coronary heart disease in women. **Am J Clin Nutr**, v. 89, 4, p.1037-1042, 2009. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit. 2014.

²⁷⁶ MALIK, V.S; POPKIN, B.M; BRAY, G.; DESPRES J-P, et al. Sugar sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type-2 diabetes: a meta-analysis. **Diabetes Care**, v. 3, 11, p. 2477-2484, 2010. Disponível em: < <http://care.diabetesjournals.org/content/33/11/2477>>. Acesso em: 2 dez. 2019.

²⁷⁷ BREMER AA, MIETUS-SNYDER M, LUSTIG R. Toward a unifying hypothesis of metabolic syndrome. **Pediatrics**, v. 129, 3, p.557-570, 2012. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/557.long>> . Acesso em 2 dez. 2109. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit. 2014.

²⁷⁸ MOZAFFARIAN, D.; LUDWIG, D.S. Dietary guidelines in the 21st century—a time for food (commentary). **J Am Med Assoc**, v. 304, 6, p. 681-682, 2010 apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit. 2014.

²⁷⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDAL DA SAÚDE. Preparation and use of food-based dietary guidelines: report of a joint WHO/FAO consultation [Internet]. (Série de Relatórios Técnicos da OMS Nº 880). Genebra: OMS, 1998. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_880.pdf . Acesso em: 2 dez. 2019.

drunk in large quantities. Overall, the evidence implicating a high intake of sugars-sweetened drinks in promoting weight gain was considered moderately strong.”²⁸⁰

Nesse sentido, a evidência demonstra a significativa probabilidade de aumento de peso pela alta ingestão de açúcares livres. Fator esse agravado quando calorias são ingeridas no formato líquido por efeitos psicológicos na saciação e saciedade. Nesse caso, calorias líquidas são menos percebidas pelo corpo e a ingestão alimentícia subsequente é pior ajustada para contabilizar a energia ingerida por bebidas. Esse fator é ainda mais preocupante quando se refere ao consumo de crianças, aumentando sobremaneira as chances de desfecho em obesidade.²⁸¹

3.5 Modelo de Perfil de Nutrientes da Organização Pan-Americana da Saúde

O desenvolvimento de qualquer política para desestimular o consumo de alimentos não saudáveis que substituem ou ameaçam dietas saudáveis depende de um passo fundamental: a definição clara dos produtos alimentícios que se pretende desestimular o consumo.

Nessa empreitada, a definição dos produtos ultraprocessados nos indica um caminho, porém, definições ainda mais específicas são necessárias quando se formulam políticas ou leis para garantir melhor informação sobre esses produtos, e proteção quanto ao *marketing* agressivo prejudicial à saúde. Tendo isso em vista, a OPAS desenvolveu um Modelo de Perfil de Nutrientes, tendo como base as recomendações populacionais de ingestão de nutrientes

²⁸⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases**. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series 916, 2003, p.65-66.

²⁸¹ Importante trazeremos uma breve nota sobre o efeito de edulcorantes (aditivos que conferem sabor doce aos alimentos, incluindo edulcorantes não calóricos artificiais, naturais ou com polios). De acordo com a OPAS, “o consumo habitual de sabores doces (baseados em açúcar ou não) promove a ingestão de alimentos e bebidas doces, inclusive daqueles que contem açúcar.” A OPAS adverte que tal constatação é especialmente importante no caso de crianças pequenas, pois o consumo em idade precoce pode definir os padrões de consumo ao longo da vida. Cf. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Modelo de Perfil Nutricional da Organização Pan-Americana da Saúde**. Washington, DC: OPAS, 2016, p. 13.

para prevenção de DCNTs relacionadas às dietas, definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)^{282 283 284 285}.

O Modelo de Perfil de Nutrientes da OPAS corrobora com a abordagem do Guia Alimentar para a População Brasileira, e visa servir como um paradigma para a formulação de regras e regulamentos aplicáveis aos alimentos de alto teor calórico e bebidas não alcoólicas de baixo valor nutritivo. Assim, o fim de ter um perfil de nutrientes é de proporcionar uma ferramenta para classificar os alimentos e bebidas que contêm uma quantidade excessiva de açúcares na totalidade das melhores evidências científicas independentes, incluindo as diretrizes da OMS sobre o açúcar e outros nutrientes, e foi projetado para diversos fins, incluindo a regulamentação da publicidade, rotulagem frontal de alimentos, políticas fiscais de produtos alimentícios e bebidas, e regulamentação do ambiente alimentar escolar. O modelo

²⁸² Conforme Table 6 do documento: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation.** WHO Technical Report Series 916, 2003, p. 56.

Dietary factor	Goal (% of total energy, unless otherwise stated)
Total fat	15-30%
Saturated fatty acids	<10%
Polyunsaturated fatty acids (PUFAs)	6-10%
n-6 Polyunsaturated fatty acids (PUFAs)	5-8%
n-3 Polyunsaturated fatty acids (PUFAs)	1-2%
Trans fatty acids	<1%
Monounsaturated fatty acids (MUFAs)	By difference ^a
Total carbohydrate	55-75% ^b
Free sugars ^c	<10%
Protein	10-15% ^d
Cholesterol	<300 mg per day
Sodium chloride (sodium) ^e	<5 g per day (<2 g per day)
Fruits and vegetables	≥ 400 g per day
Total dietary fibre	From foods ^f
Non-starch polysaccharides (NSP)	From foods ^f

^a This is calculated as: total fat – (saturated fatty acids + polyunsaturated fatty acids + trans fatty acids).
^b The percentage of total energy available after taking into account that consumed as protein and fat, hence the wide range.
^c The term "free sugars" refers to all monosaccharides and disaccharides added to foods by the manufacturer, cook or consumer, plus sugars naturally present in honey, syrups and fruit juices.
^d The suggested range should be seen in the light of the Joint WHO/FAO/UNU Expert Consultation on Protein and Amino Acid Requirements in Human Nutrition, held in Geneva from 9 to 16 April 2002 (2).
^e Salt should be iodized appropriately (6). The need to adjust salt iodization, depending on observed sodium intake and surveillance of iodine status of the population, should be recognized.
^f See page 58, under "Non-starch polysaccharides".

²⁸³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline: sugars intake for adults and children.** Geneva: OMS; 2015. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028_eng.pdf >. Acesso em: 1 dez. 2019.

²⁸⁴ FOOD AND AGRICULTURAL ORGANIZATION. **Fats and fatty acids in human nutrition.** Report of an expert consultation. Roma: FAO; 2010. (Documento de Alimentação e Nutrição nº 91). Disponível em: < http://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/fatsandfattyacids_humannutrition/en/ >. Acesso em: 1 dez. 2019.

²⁸⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline: sodium intake for adults and children.** Geneva: OMS; 2012. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77985/1/9789241504836_eng.pdf >. Acesso em: 1 dez. 2019.

de perfil de nutrientes é aplicável a produtos processados e ultraprocessados (não se aplica a alimentos crus ou minimamente processados; ingredientes culinários; preparações culinárias).

Os critérios são os seguintes:

Quadro 3: Critérios do Modelo de perfil nutricional da OPAS para a identificação de produtos processados e ultraprocessados com teor excessivo de sódio, açúcares livres, outros edulcorantes, gorduras saturadas, gorduras totais e gorduras trans.²⁸⁶

Sódio	Açúcares livres	Outros edulcorantes	Gorduras totais	Gorduras saturadas	Gorduras trans
≥ 1 mg de sódio por 1 kcal	≥ 10% do valor energético total proveniente de açúcares livres	Qualquer quantidade de outros edulcorantes	≥ 30% do valor energético total proveniente de gorduras totais	≥ 10% do valor energético total proveniente de gorduras saturadas	≥ 1% do valor energético total proveniente de gorduras trans

Essa classificação é um ponto de partida para os países desenvolverem políticas de restrições à comercialização e promoção de alimentos e bebidas não saudáveis para crianças, ou para aprimoramento de rótulos de advertência na parte da frente da embalagem, por exemplo. Com ela, permite-se que os alimentos não saudáveis sejam discriminados nas normas reguladoras, apoiando-se em evidência científica que reconhece a potencial periculosidade do consumo em excesso dos referidos nutrientes críticos. O documento da OMS que serviu como base para o desenvolvimento do Perfil de Nutrientes da OPAS, descreve em detalhes toda a fundamentação com base em evidências científicas para demonstrar quais os limites de consumo seguro desses nutrientes, de forma a se evitar desfechos negativos em saúde.

Salientamos tais documentos e os crescentes estudos sobre os desfechos em saúde do consumo de alimentos ultraprocessados, pois eles são a pedra basilar para o reconhecimento da *potencial nocividade*²⁸⁷ do consumo desses produtos alimentícios, que nessa tese, tomamos a liberdade de por vezes nos referirmos genericamente como “alimentos não saudáveis”. Frisamos, entretanto, que com esse termo, queremos dizer “produtos alimentícios ultraprocessados, incluindo também os produtos em forma líquida”.

²⁸⁶ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Modelo de Perfil Nutricional da Organização Pan-Americana da Saúde**. Washington, DC: OPAS, 2016.

²⁸⁷ Tema desenvolvido mais à frente nessa tese no ponto 9.2.4 *Direitos do Consumidor e nocividade dos produtos alimentícios ultraprocessados*.

O reconhecimento da potencial nocividade do consumo de certos produtos alimentícios, assim como, da nocividade de práticas de mercado que superestimulam tal consumo, é peça-chave para a imputação ao Estado do dever de regular as práticas de mercado desses alimentos. Tal tema será aprofundado na Parte III da presente tese, sendo antes necessário esclarecer quais tipos de regulação tem sido aventadas como mais efetivas para desestimular o consumo de tais produtos alimentícios tendo em vista colaborar com os esforços de prevenção da obesidade, tarefa que será realizada na Parte II desse trabalho.

4. CONCLUSÃO – PARTE I

1. Esclarecemos inicialmente o recorte fundamental da pesquisa: tratar do tema da obesidade sob a perspectiva da prevenção em nível populacional e das respectivas responsabilidades do poder público em regular práticas de mercado que conformam ambientes obesogênicos.
2. Acúmulo excessivo de gordura corporal com potencial de causar danos à saúde; desordem nutricional; fator de risco para DCNTs; são diversas as abordagens à obesidade. Todas elas porém, merecem um amplo olhar quanto sua etiologia e cuidados sobre os riscos de estigmatização dos indivíduos com obesidade. Responsabilizar os indivíduos pela obesidade retira a atenção dos sistemas obesogênicos que produzem a obesidade, e sobre os quais, múltiplos atores e setores devem atuar.
3. As transições econômica, demográfica, tecnológica e nutricional estão interconectadas ao perfil epidemiológico mundial. A obesidade passa a não ser um problema exclusivo de países desenvolvidos, e tem demonstrado ser um problema bastante ligado às iniquidades sociais, atingindo particularmente populações mais vulneráveis, coexistindo com outras expressões de má nutrição. Tanto a desnutrição como a obesidade são consequência de dietas alimentares de baixa qualidade e pouca variedade de comidas saudáveis. Há convergências entre os promotores sistêmicos das expressões de má nutrição e das mudanças climáticas, cujo enfrentamento é dificultado pela inércia política.

4. Mundialmente, sobrepeso e obesidade resultam em um expressivo custo direto de assistência à saúde e perdas econômicas de produtividade mensuradas e estimadas em diversos estudos aqui comentados. Enquanto demonstra-se que iniquidades econômicas e sociais influenciam na prevalência de obesidade, afetando populações mais vulneráveis; a epidemia de obesidade por si afeta a economia, gerando custos aos cofres públicos e menor produtividade; levando assim a um ciclo vicioso que tende a aprofundar os impactos negativos desse grave problema de saúde.

5. Os padrões de consumo alimentar da população brasileira passam por intensas mudanças envolvendo a crescente substituição dos alimentos *in natura* ou minimamente processados e de preparações culinárias por alimentos ultraprocessados. Mais da metade da população brasileira está com excesso de peso e a obesidade está presente em todos os grupos etários e classes sociais. Uma em cada três crianças brasileiras (entre 5 e 9 anos) apresentam excesso de peso. A obesidade afeta 16,6% dos meninos e 11,8% de meninas no Brasil.²⁸⁸

6. A obesidade infantil é associada a comorbidades que afetam quase todos os sistemas do corpo, incluindo, endócrino, gastrointestinal, pulmonar, cardiovascular e sistema musculoesquelético. A intervenção precoce nos padrões de obesidade infantil é de extrema importância, pois é nesta fase que estão sendo desenvolvidos hábitos alimentares e potenciais metabólicos influenciadores e/ou capazes de estabelecer padrões de obesidade que se manterão durante a vida adulta. A interação de fatores de ordem genética, ambiental e ecológica figuram dentre as causas da obesidade infantil.

7. Intervenções políticas para prevenção da obesidade devem ser direcionadas ao ambiente (de forma a torná-lo mais amigável às escolhas saudáveis) ao invés de serem direcionadas ao indivíduo (obrigando-os a fazer escolhas saudáveis). A principal estratégia para afetar comportamentos é aumentar a facilidade para realização de escolhas saudáveis, atuando-se na reversão dos promotores ambientais da obesidade.

8. Ambientes obesogênicos são aqueles que promovem a alta ingestão energética e um comportamento sedentário. São uma resposta natural à fatores políticos e econômicos que

²⁸⁸ BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro 2010.

determinam os tipos de alimentos que estão disponíveis, acessíveis e suas formas de promoção. Também envolvem as oportunidades de atividade física e as normas sociais relativas à alimentação e vida ativa.

9. Os estudos sobre desenvolvimento infantil agregam na compreensão da influência do ambiente nos processos de desenvolvimento do ser humano. Construir hábitos alimentares saudáveis na infância, passa por construir hábitos alimentares saudáveis entre os cuidadores e principais modelos de aprendizagem da criança, ou seja, todas as pessoas e mensagens que com elas interagem. Os diferentes sistemas nos quais a existência da criança se expressa devem ser considerados como *locus* de atuação para proteção: colocar o ambiente escolar à salvo de publicidade e de alimentos não saudáveis; estimular bons hábitos alimentares na família, ou até mesmo no ambiente de trabalho dos pais e cuidadores; estimular o fácil acesso a alimentos saudáveis e atividades físicas nas cidades; favorecer a construção de uma cultura anti-consumismo infantil; inibir a exploração da criança no universo publicitário; essas e outras propostas transitam nos diferentes sistemas do desenvolvimento infantil.

10. A consideração do fenômeno da epidemia de obesidade como uma expressão de falha de mercado traz argumentos para a atuação governamental no sentido de corrigir os malefícios das estratégias mercadológicas direcionadas aos grupos mais vulneráveis e as externalidades negativas arcadas pela sociedade.

11. O tamanho, alcance e concentração de mercado das corporações transnacionais alimentícias, respectivos poderes econômicos e políticos, e a legitimização de sua participação na formulação de políticas públicas, constituem um dos maiores desafios da governança para intervenção estatal nos fatores promotores do ambiente obesogênico. A influência corporativa exercida por meio do *marketing*, *lobbying*, estratégias voluntárias ou de responsabilidade social corporativa, financiamento de pesquisas enviesadas, dentre outras estratégias, somados a fracos mecanismos de governança e transparência, minam os esforços de intervenção sobre os determinantes comerciais da saúde (ou da doença).

12. Produtos alimentícios ultraprocessados favorecem o consumo excessivo de calorias por apresentarem características intrínsecas em sua formulação (altas quantidades de açúcar, gorduras, sódio, menos fibra, hiperpalatabilidade devido a aditivos realçadores de sabor, alta densidade energética, fatores que enganam os dispositivos corporais de regulação da

saciedade), e também na forma como são promovidos e comercializados (*marketing* agressivo, destaque às vantagens de “vida útil” e tempo de prateleira, baixo preço, produção em larga escala, fácil disponibilidade e acessibilidade, possibilidade de comer sem atenção, etc.). Quanto maior o grau de desregulação do mercado, maiores as vendas de produtos ultraprocessados. Essas e outras características fazem com que tais produtos estejam crescentemente substituindo padrões alimentares baseados em alimentos frescos e preparações culinárias.

13. O Modelo de Perfil de Nutrientes da Organização Pan-Americana da Saúde corrobora para definição clara dos produtos alimentícios que se pretende desestimular o consumo por meio de medidas regulatórias. Aplica-se somente a alimentos processados e ultraprocessados, designando as quantidades excessivas de sódio, açúcares livres, gorduras totais, gorduras saturadas e gorduras trans. Tal discriminação, apoiada em sólida evidência científica e em documentos avalizados pela Organização Mundial da Saúde, reforça o reconhecimento da potencial nocividade desses produtos, o que impulsiona a tarefa regulatória do Estado sobre sua comercialização.

14. A Parte I do presente trabalho dedicou-se a trazer luz sobre a obesidade populacional e a obesidade infantil enquanto problema de saúde pública. Nessa jornada além de trazermos esclarecimentos sobre as consequências à saúde humana e impactos da obesidade no público infantil, enfatizamos quais são os principais motores da epidemia de obesidade do ponto de vista populacional, localizando no ambiente obesogênico, fatores mercadológicos, políticos e sociais que promovem e facilitam escolhas alimentares não saudáveis. Um olhar sobre as tendências de consumo alimentar no mundo foi necessário para demonstrar a associação das mudanças dos padrões alimentares baseados em alimentos industrializados ultraprocessados com os crescentes índices de obesidade e DCNTs correlacionadas à má nutrição. Um fator central para amplitude desse problema encontra-se nos determinantes comerciais da doença, ou seja, práticas de mercado globalizadas que estimulam o consumo nocivo de alimentos não recomendados para uma dieta saudável. Enquanto caminhamos para o reconhecimento da potencial nocividade desses produtos alimentícios, os organismos internacionais de saúde já apontam diretrizes para identificação dos alimentos aos quais urgem medidas regulatórias para desestímulo ao consumo. Feitas essas conclusões, partimos para compreensão das medidas

regulatórias recomendadas para lidar com o problema da epidemia de obesidade, em particular, na proteção primordial à saúde da criança.

PARTE II. RECOMENDAÇÕES

A parte II do presente trabalho pretende abordar as medidas recomendadas para prevenção da obesidade infantil. Dando continuidade à primeira parte que se dedicou a delinear os principais aspectos da obesidade enquanto problema de saúde pública, adentramos ao estudo das possíveis soluções. Resta claro que não há solução simples às causas tão complexas e de diversas ordens que promovem a obesidade e outros fatores de risco às DCNTs.

Conforme observado na primeira parte desse trabalho, a prevenção da obesidade infantil por meio da atuação sobre o ambiente obesogênico pode ser operada por uma ampla gama de medidas, que variam desde mecanismos que atuam em prol da educação e da promoção de atividade física, à construção de sistemas alimentares que facilitem o acesso a alimentos saudáveis. Nosso recorte sobre o enfrentamento ao problema apresentado na Parte-I estará centrado nas recomendações de políticas e legislação para redução da demanda por produtos não saudáveis.

O universo de políticas para redução da demanda por produtos não saudáveis apresenta um histórico de sucesso no controle do tabaco e do álcool. Ainda que alimentos sejam intrinsecamente diferentes do tabaco, porque são uma necessidade para manutenção da vida humana, produtos alimentícios não saudáveis (como produtos ultraprocessados altos em gordura, açúcar e sódio) não são uma necessidade. Os pontos em comum com o álcool e o tabaco, recaem principalmente na superfluidade, nos danos que induzem e nos comportamentos das corporações que lucram com o comércio desses produtos.²⁸⁹ Nesse sentido, escolhemos debruçar o olhar sobre as recomendações políticas orientadas para reduzir a demanda por produtos alimentícios não saudáveis justamente pelo tamanho dos desafios que tais políticas apresentam, como a necessidade de um papel ativo do Estado e o enfrentamento dos interesses corporativos em oposição.

Essa parte do trabalho dedicar-se-á, portanto, a responder a seguinte questão:

²⁸⁹ SWINBURN, Boyd. Et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet Commissions**. Volume 393, Issue 10173, January 27, 2019. p. 30.

- Quais são as principais medidas custo-efetivas recomendadas por organismos internacionais de saúde para prevenção da obesidade infantil dentro do escopo de redução de demanda por produtos alimentícios não saudáveis?

5. RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS: RECORTE

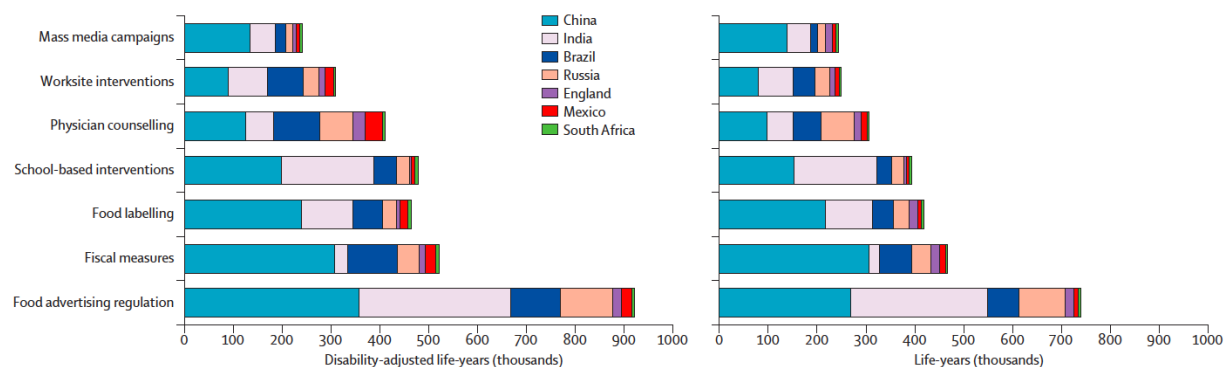
Diante do panorama da obesidade como problema de saúde pública e da compreensão dos principais fatores promotores da epidemia de obesidade, temos a conclusão de que o enfrentamento desse problema passa por uma agenda de trabalho regulatória e política, assim como incentivos e desincentivos econômicos para promover escolhas por alimentos saudáveis e acessíveis economicamente, e também dar forma a ambientes que encorajem a adoção de hábitos saudáveis e atividade física.²⁹⁰ Nesse sentido, a OMS tem progressivamente incorporado recomendações para ações sobre obesidade em diversos relatórios, planos de ação, metas e planos de monitoramento de DCNTs, para as quais a obesidade é o maior fator de risco.

Pretendemos nesse capítulo delinear as principais recomendações de autoridades de saúde internacionais direcionadas aos Estados sobre intervenções no ambiente tendo em vista a prevenção da obesidade. Realizaremos uma revisão dos principais documentos sobre o assunto, dando **destaque às recomendações de ordem regulatória do mercado de alimentos não saudáveis com vistas a reduzir a demanda por esse produtos**. Justificamos tal recorte por serem essas as medidas mais polêmicas do ponto de vista jurídico, as quais levantam questionamentos sobre os limites do Estado em intervir no domínio econômico. O recorte também foi realizado tendo em vista focar as medidas avaliadas como mais “custo-efetivas” para prevenir a epidemia de obesidade, particularmente no público infantil.

²⁹⁰ SWINBURN, Boyd. et al. op cit, 2019. p 6.

Para o melhor entendimento das intervenções políticas mais custo-efetivas para prevenção da obesidade, partimos do referencial teórico que aponta quatro tipos de intervenções com maior potencial de evitar perdas em anos de vida saudáveis ^{291,292}:

Figura 13: Anos de vida salvos com e sem ajuste para incapacidades, segundo tipo de intervenção no nível populacional (efeito médio por ano).^{293,294}



Fonte: CECCHINI, Michele et al., 2010.

A figura acima aponta que as intervenções relacionadas a (1) regulação da publicidade de alimentos; (2) medidas fiscais; (3) rotulagem de alimentos; (4) intervenções no ambiente escolar; apresentariam melhor desempenho em termos de anos de vida ganhos por morbidades evitadas (mensuração projetada para Brasil, China, Inglaterra, Índia, México, Rússia e África do Sul). Por sua vez, essas medidas gerariam os menores custos *per capita* para implementação. No caso do Brasil, os custos *per capita* em dólares americanos seriam de: medidas fiscais em US\$ 0.01 (em 2005); regulação da publicidade de alimentos em US\$ 0.04

²⁹¹ Número de anos de vida ajustado por incapacitação (tradução de *Disability-Adjusted Life-Years averted* - DALYs).

²⁹² “One DALY (Disability-Adjusted Life Year) can be thought of as one lost year of “healthy” life. The sum of these DALYs across the population, or the burden of disease, can be thought of as a measurement of the gap between current health status and an ideal health situation where the entire population lives to an advanced age, free of disease and disability. DALYs for a disease or health condition are calculated as the sum of the Years of Life Lost (YLL) due to premature mortality in the population and the Years Lost due to Disability (YLD) for people living with the health condition or its consequences”. Maiores detalhes sobre o cálculo de DALY em: WORLD HEALTH ORGANIZATION. Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY). [online]. Disponível em: <https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/>. Acesso em: 15 dez. 2019.

²⁹³ Figura extraída de: CECCHINI, Michele et al. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Chronic Diseases: Chronic Diseases and Development 3. The Lancet*, Vol. 376, November 20, 2010, p. 1779.

²⁹⁴ Tradução livre de “Health outcomes at the population level (average effect per year)”.

(em 2005); rotulagem de alimentos em US\$ 0.15 (em 2005); intervenções no ambiente escolar em US\$ 0.82 (em 2005).²⁹⁵

Diante desse ponto de partida, realizaremos uma revisão dos principais documentos expedidos pela OMS e pela OPAS de forma a filtrar as menções à tais medidas, tendo em vista que as referidas quatro medidas mais custo-efetivas, são também medidas que visam desestimular o consumo de alimentos não saudáveis, seja pela informação (rotulagem), preço (medidas fiscais), disponibilidade (ambiente escolar) e limitação à promoção (regulação da publicidade). Salientamos, entretanto, que as recomendações de enfrentamento à obesidade não se resumem somente aos destaques realizados na presente revisão, e reforçamos as reflexões trazidas no primeiro capítulo de que a abordagem a tal problema requer medidas de diversas ordens, desde as de intervenção no ambiente ao nível comportamental individual e educacional.

A revisão documental estará centrada nos seguintes documentos publicados pela OMS e pela OPAS:

Organização Mundial da Saúde - OMS

- Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. WHA57.17. Geneva: World Health Organization; 2004
- Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. 2010. WHO.
- Resolution of the Sixty-third World Health Assembly Adopted 21 May 2010: WHA63.14 Marketing of food and non-alcoholic beverages to children
- Political Declaration of the High Level Meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. A/RES/66/2. United Nations. Resolution adopted by the General Assembly. 24 January 2012
- Global Nutrition Targets 2025. Childhood Overweight. WHO/NMH/NHD/14.6 .

²⁹⁵ CECCHINI, Michele et al. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Chronic Diseases: Chronic Diseases and Development* 3. **The Lancet**, Vol. 376, November 20, 2010, p. 1778.

- Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
- Second International Conference on Nutrition - Rome, 19-21 November 2014. Conference Outcome Document: Framework for Action. (ICN2 2014/3 Corr.1). October, 2014. WHO. FAO.
- Second International Conference on Nutrition - Rome, 19-21 November 2014. Conference Outcome Document: Rome Declaration on Nutrition. (ICN2 2014/2). WHO. FAO.
- Report of the commission on ending childhood obesity. Geneva: World Health Organization; 2016.²⁹⁶
- Resolution adopted by General Assembly on 1 April 2016. 70/259. United Nations Decade of Action on Nutrition (2016-2025) (A/RES/70/259). 15 April 2016. United Nations. General Assembly.
- Tackling NCDs. ‘Best buys’ and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. World Health Organization, Geneva, Switzerland; 2017
- Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation plan: executive summary. Geneva: World Health Organization; 2017(WHO/NMH/PND/ECHO/17.1).

Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS

- Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes, PAHO/OMS, 2014
- Alimentos e bebidas ultraprocessados na América Latina: tendências, efeito na obesidade e implicações para políticas públicas. Brasília, DF: OPAS; 2018.

²⁹⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation plan: executive summary** (WHO/NMH/PND/ECHO/17.1). Geneva: World Health Organization; 2017.

5.1 Recomendações da Organização Mundial da Saúde

5.1.1 Estratégia Global sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde (Aprovado pela Resolução WHA57.17)²⁹⁷

Ano de publicação: 2004

Contexto: Em maio de 2004, a 57ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS endossou a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (WHA57.17). A estratégia foi desenvolvida por meio de uma ampla série de consultas com partes interessadas em resposta a uma requisição dos Estados Membros na Assembleia Mundial da Saúde de 2002 (WHA55.23).

Objetivos: A estratégia mundial tem quatro objetivos principais: 1) reduzir os fatores de risco de doenças não transmissíveis associadas a uma alimentação pouco saudável e a falta de atividade física mediante uma ação de saúde pública essencial e medidas de promoção da saúde e prevenção da morbidade; 2) promover a consciência e o conhecimento geral acerca da influência da alimentação saudável e da atividade física em saúde, assim como do potencial positivo das intervenções de prevenção; 3) fomentar o desenvolvimento, o fortalecimento e a implementação de políticas e planos de ação mundial, regionais, nacionais e comunitários direcionados a melhorar a alimentação e aumentar a atividade física de forma sustentável, abrangente, engajando ativamente todos os setores, incluindo sociedade civil, setor privado e mídia; 4) monitorar dados científicos e influências-chave em alimentação e atividade física; apoiar pesquisa em esferas pertinentes, incluindo a avaliação das intervenções; e fortalecer os recursos humanos necessários nesta área para melhorar a saúde.

Mensagens-chave: Para fins desse estudo, destacamos a seguinte mensagem trazidas pelo documento:

“Os governos desempenham um papel fundamental para criar, em cooperação com outras partes interessadas, um entorno que potencialize e impulsione mudanças no comportamento das pessoas, das famílias e das comunidades para que essas adotem

²⁹⁷ WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Global strategy on diet, physical activity and health** (WHA57.17). Fifty-Seventh World Health Assembly. 22 May 2004. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf>. Acesso em: 1 dez 2019.

decisões positivas em relação a alimentação saudável e a realização de atividades físicas que lhes permitam melhorar suas vidas.”²⁹⁸ (tradução nossa)

Recomendações em destaque:

40. Os governos devem proporcionar informações corretas e equilibradas. Os governos devem considerar ações que resultem informações equilibradas aos consumidores para facilitar a adoção de decisões saudáveis (...).

3) **Comercialização, publicidade, patrocínio e promoção.** A publicidade de produtos alimentícios influi na escolha dos alimentos e nos hábitos alimentares. Os anúncios desses produtos e de bebidas não devem explorar a falta de experiência e a credulidade das crianças. É preciso desestimular as mensagens que promovam práticas alimentares não saudáveis ou a inatividade física e promover mensagens positivas e propícias para saúde. Os governos devem colaborar com os grupos de consumidores e do setor privado (incluindo o da publicidade) a fim de formular critérios multissetoriais apropriados para a comercialização dos alimentos dirigida às crianças, abordando questões como o patrocínio, a promoção e a publicidade.

4) **Rótulos.** Os consumidores têm direito a receber uma informação exata, padronizada e compreensível sobre o conteúdo dos produtos alimentícios, que lhes permita adotar decisões saudáveis. Os governos podem exigir que sejam providas informações sobre aspectos chave nutricionais, como se propõe nas Diretrizes do *Codex* sobre Rótulo Nutricional.

5) **Declaração de propriedade relacionada com a saúde.** A medida que cresce o interesse dos consumidores pelas questões sanitárias e se presta mais atenção aos aspectos de saúde dos alimentos, os produtores recorrem cada vez mais a mensagens relacionadas com a saúde. Estas não devem enganar o público acerca dos benefícios nutricionais nem dos riscos.

41. As políticas nacionais relativas aos alimentos e a agricultura devem ser compatíveis com a proteção e a promoção da saúde pública. Quando necessário, os governos devem estudar a possibilidade de aplicar **políticas que facilitem a adoção da alimentação saudável**.(...)

2) **Políticas fiscais.** Os preços influenciam nas decisões dos consumidores. As políticas podem influir nos preços mediante aplicação de impostos, subsídios ou a fixação direta de

²⁹⁸ Ponto 14 do item: The Challenge. (tradução nossa). WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Global strategy on diet, physical activity and health** (WHA57.17). Fifty-Seventh World Health Assembly. 22 May 2004.

preços como meio para promover a alimentação saudável e a atividade física durante toda vida. Vários países utilizam medidas fiscais, incluindo os impostos, para facilitar a disponibilidade e a acessibilidade de diversos alimentos;(...). Ao avaliar essas medidas é preciso examinar também o risco de provocar efeitos não intencionais em populações vulneráveis.

43. As políticas e os programas escolares devem apoiar a alimentação saudável e a atividade física. Em todos os países as escolas influenciam na vida da maior parte das crianças. Nelas deve-se proteger a saúde das crianças por meio de informações em matéria de saúde e promoção de uma alimentação saudável, assim como de atividade física e outros comportamentos saudáveis. (...). Aos governos reforça-se que adotem políticas que favoreçam uma alimentação saudável nas escolas e **limitem a disponibilidade de produtos com alto teor de sal, açúcar e gordura**. Junto com os pais e outras autoridades responsáveis, as escolas devem estudar a possibilidade de firmar contratos com produtores locais para as refeições escolares a fim de criar um mercado local de alimentos saudáveis.

5.1.2 Conjunto de Recomendações sobre a Promoção de Alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças²⁹⁹ e Resolução WHA63.14: Promoção de Alimentos e Bebidas não alcoólicas Dirigida às Crianças, da 63ª Assembleia Mundial da Saúde de 21 de maio de 2010³⁰⁰

Ano de publicação: 2010

Contexto e Objetivo: Essas recomendações reiteram a meta da Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e Saúde, aprovada pela 57ª Assembleia Mundial da Saúde, de 2004, que objetiva desenvolver um ambiente favorável às ações sustentáveis nos níveis individual, comunitário, nacional e global. O principal objetivo dessas recomendações é orientar o trabalho dos estados-membros ao planejarem novas políticas e fortalecer as políticas existentes sobre a mensagem publicitária de alimentos para crianças, visando reduzir o impacto da promoção de alimentos nocivos à saúde. As recomendações foram elaboradas com a

²⁹⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Switzerland, 2010.

³⁰⁰ WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Marketing of food and non-alcoholic beverages to children** (WHA63.14). Sixty-third World Health Assembly. 21 May 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R14-en.pdf>. Acesso em: 2 dez 2019.

colaboração dos estados-membros e de outros interessados, e aprovadas pela 63ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2010.

Conjunto de Recomendações³⁰¹:

Recomendação 1: O objetivo da política pública deve ser o de reduzir o impacto da publicidade infantil de alimentos com alto teor de gorduras saturadas, gordura trans, açúcares e sal.

Recomendação 2: Considerando que a efetividade da promoção ocorre em função da exposição e do poder da mensagem, o objetivo geral da política deve ser reduzir tanto a exposição das crianças como o poder da publicidade infantil de alimentos com alto teor de gorduras saturadas, gordura trans, açúcares e sal.

Recomendação 3: Para alcançar o objetivo de uma política, os estados-membros devem pensar em diferentes abordagens, seja uma abordagem gradativa ou abrangente, para reduzir a publicidade infantil relacionada a alimentos com alto teor de gorduras saturadas, gordura trans, açúcares e sal.

Recomendação 4: Os governos devem definir com clareza os elementos basilares da política, permitindo, assim, um processo de implementação padrão. Quando há definições claras, facilita-se a uniformidade na implementação da política, independentemente do órgão que o fizer. Ao se definirem esses elementos, os estados-membros precisam identificar e abordar todos os desafios específicos do país para que a política tenha o maior impacto possível.

Recomendação 5: **Os locais em que há crianças devem estar livres de toda e qualquer forma de promoção de alimentos ricos em gorduras saturadas, gorduras trans, açúcar e sal.** Esses locais incluem, entre outros, creches, escolas, pátios, centros pré-escolares, *playgrounds* e clínicas. Essa recomendação também deve ser cumprida durante quaisquer atividades esportivas e culturais organizadas nesses locais.

Recomendação 6: Os governos devem ser os agentes fundamentais no desenvolvimento das políticas públicas, demonstrando liderança, por meio de uma plataforma de múltiplos parceiros, para implementação, monitoramento e avaliação. Ao estabelecer uma estrutura

³⁰¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children.** WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Switzerland, 2010.

nacional para a política, os governos podem delegar papéis, visando proteger o interesse público e evitar o conflito de interesses.

Recomendação 7: Levando em consideração os recursos, os benefícios e as obrigações de todos os entes envolvidos, os estados-membros precisam escolher a abordagem mais eficaz para reduzir a exposição das crianças a promoção de alimentos ricos em gorduras saturadas, gorduras trans, açúcar e sal. Qualquer que seja a abordagem selecionada, deve-se criar uma estrutura bem desenvolvida.

Recomendação 8: Os estados-membros devem cooperar para reduzir o impacto sobre as crianças proveniente da promoção entre fronteiras de alimentos com alto teor de gorduras saturadas, gordura trans, açúcares e sal, visando alcançar a maior efetividade das políticas nacionais.

Recomendação 9: A estrutura de uma política pública deve especificar os mecanismos de cumprimento das metas e estabelecer maneiras para sua implementação. Nesse sentido, a estrutura precisa definir claramente as sanções a serem impostas, facultando-lhe a inclusão de um sistema de registro de reclamações.

Recomendação 10: A estrutura de uma política deve conter um sistema de monitoramento que garanta o cumprimento dos objetivos definidos na política nacional, usando indicadores definidos com precisão e clareza.

Recomendação 11: As políticas também devem incluir um sistema para avaliar seu impacto e sua efetividade sobre o objetivo geral, usando indicadores claros e precisos.

Recomendação 12: Os estados-membros devem identificar as informações existentes sobre o alcance, a natureza e os efeitos da promoção de alimentos para crianças em seu país. Também devem apoiar as pesquisas nessa área, principalmente aquelas focadas na implementação e avaliação de políticas que busquem reduzir o impacto sobre as crianças da promoção de alimentos com alto teor de gorduras saturadas, gordura trans, açúcares e sal.

5.1.3 Relatório da Comissão pelo Fim da Obesidade Infantil³⁰² e respectivo Plano de Implementação – OMS³⁰³

Ano de Publicação: 2016 (Report of the Commission on Ending Childhood Obesity); 2017 (Implementation Plan: Executive Summary)

Contexto: A então Diretora-Geral da OMS estabeleceu a Comissão pelo Fim da Obesidade Infantil em 2014 para revisar e construir estratégias para prevenção do desenvolvimento da obesidade em crianças e adolescentes. Um conjunto de recomendações foi construído em um processo consultivo com mais de 100 Estados-membros da OMS, e revisado em cerca de 180 comentários online.

Objetivo e Escopo: Os objetivos gerais estão centrados em prover recomendações aos governos de políticas para prevenção, identificação e tratamento da obesidade infantil. Os objetivos específicos visam reduzir a morbidade e mortalidade devido a DCNTs, diminuir o negativo efeito psicossocial da obesidade tanto na infância como na vida adulta e reduzir o risco de desenvolvimento da obesidade nas próximas gerações. Seis áreas de ação foram identificadas: 1. Promoção da ingestão de alimentos saudáveis; 2. Promoção de atividade física; 3. Cuidados na pré-concepção e gravidez; 4. Alimentação saudável e atividade física desde cedo na infância; 5. Saúde, nutrição e atividade física para crianças em idade escolar; 6. Manejo do peso

Mensagens-chave:

- A obesidade infantil prejudica o bem-estar físico, social e psicológico da criança, e é um reconhecido fator de risco para obesidade na vida adulta e DCNTs.
- O sobrepeso e a obesidade não podem ser solucionados pela ação individual isoladamente. Ações mais abrangentes são necessárias para criação de ambientes saudáveis que possam apoiar os indivíduos a realizarem escolhas saudáveis fundamentadas no conhecimento e habilidades relativas à saúde e nutrição.

³⁰² WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the Commission on Ending Childhood Obesity.** Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 2 dez 2019.

³⁰³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation plan: executive summary** (WHO/NMH/PND/ECHO/17.1). Geneva: World Health Organization; 2017.

- Essas ações implicam comprometimento e liderança governamental, investimentos de longo-prazo, e engajamento de toda a sociedade na proteção ao direito das crianças à saúde e bem-estar.
- Nenhuma intervenção isoladamente é capaz de frear o avanço da epidemia de obesidade. É necessário contrapor-se ao ambiente obesogênico abordando elementos vitais por meio de ações coordenadas e multissetoriais.

Recomendações em destaque³⁰⁴:

Ações:

1. Implementar programas abrangentes que promovam a ingestão de alimentos saudáveis e reduzam a ingestão de alimentos não saudáveis e bebidas açucaradas por crianças e adolescentes;

1.2 Implementar uma tributação específica para bebidas açucaradas.

- Analisar a administração e o impacto da tributação sobre bebidas açucaradas.
- Cobrar tributos específicos sobre bebidas açucaradas de acordo com orientação da OMS

1.3 Implementar o Conjunto de recomendações sobre o *marketing* de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças para reduzir a exposição de crianças e adolescentes à promoção e influência de alimentos não saudáveis.

- Adotar e implementar medidas específicas, como legislação e regulação, para restringir o *marketing* de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças e consequentemente reduzir a exposição de crianças e adolescentes a tal *marketing*.
- Estabelecer mecanismos para efetiva implementação e cumprimento da legislação ou regulação do *marketing* de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças.

1.7 Implementar rotulagem frontal em embalagem fácil de interpretar, apoiado na educação do público adulto e infantil sobre conhecimentos básicos de nutrição.

³⁰⁴ Destaques extraídos e traduzidos (tradução livre) do documento “WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation plan: executive summary** (WHO/NMH/PND/ECHO/17.1). Geneva: World Health Organization; 2017.” Extraímos as recomendações que obedecem o escopo aqui analisado de promover redução de demanda por produtos não saudáveis.

- Adotar, ou desenvolver conforme necessário, um sistema obrigatório de rotulagem frontal de alimentos, baseado na melhor evidência disponível para identificação da saudabilidade de alimentos e bebidas.

1.8 Exigir que se criem ambientes alimentares saudáveis em instalações como escolas, ambientes de cuidado infantil, e ambientes esportivos infantis.

- Estabelecer padrões para os alimentos disponibilizados ou vendidos nas estruturas de cuidado-infantil, escolas, instalações de esporte infantil e eventos.
- Aplicar leis de alimentos, regulações e padrões nos serviços de alimentação em escolas, creches e outros locais pertinentes.

4. Oferecer orientação e apoio para dietas saudáveis, sono e atividade física na primeira infância para assegurar o desenvolvimento infantil adequado e hábitos saudáveis.

4.5 Desenvolver regulação sobre o *marketing* de alimentos e bebidas complementares, alinhados com recomendações da OMS, para limitar o consumo de alimentos e bebidas com altos teores de gordura, açúcar e sal por lactantes e crianças pequenas.

- Adotar e implementar medidas efetivas, como legislação e regulação que restrinja o *marketing* inapropriado de alimentos complementares para bebês e crianças pequenas.

4.9 Assegurar que apenas alimentos e bebidas saudáveis sejam servidos em instituições oficiais de cuidado infantil.

- Implementar leis de alimentos, regulações e padrões nos serviços de alimentação em creches e outros locais pertinentes.

5. Implementar programas abrangentes que promovam ambientes escolares saudáveis, conhecimentos básicos em matéria de saúde e nutrição e atividade física entre crianças e adolescentes em idade escolar.

5.1 Estabelecer normas para as refeições disponibilizadas nas escolas, e para bebidas e alimentos vendidos nas escolas, de forma a obedecer diretrizes de nutrição saudável.

5.2 Eliminar a disponibilização ou venda de alimentos não saudáveis, como bebidas açucaradas e alimentos com alta densidade energética e pobres em nutrientes no entorno escolar.

- Estabelecer padrões nutricionais obrigatórios para alimentos e bebidas disponibilizados (incluindo refeições) ou vendidos (incluindo máquinas-de-venda e cantinas) nos ambientes de escolas públicas e privadas.

5.1.4 Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013 ³⁰⁵ e Political Declaration of the High Level Meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. A/RES/66/2. United Nations. Resolution adopted by the General Assembly. 24 January 2012 ³⁰⁶

Ano de Publicação: 2013 e 2012 respectivamente

Contexto: Para realizar os compromissos assumidos pela Declaração Política das Nações Unidas sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a Assembleia Mundial da Saúde endossou o *WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020*, em maio de 2013. Tal plano provê aos Estados Membros e parceiros internacionais um guia e um menu de opções políticas que poderão contribuir com o progresso de nove metas globais de DCNTs a serem atingidas até 2025.

Objetivo e Escopo: O plano tem como objetivo reduzir a carga evitável de morbidade, mortalidade e incapacidades devido a DCNTs por meio de colaboração multissetorias e cooperação nacional, regional e global, para que populações alcancem o mais alto padrão de saúde e produtividade em todas as idades, e para que tais doenças não sejam mais barreiras ao bem-estar e desenvolvimento socioeconômico. O plano tem 9 metas como base, dentre as quais destacamos: alcançar uma redução relativa de 25% do risco de morte prematura por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças crônicas respiratórias; deter o aumento da diabetes e obesidade.

³⁰⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020**. Geneva: WHO, 2013.

³⁰⁶ UNITED NATIONS. **Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (A/RES/66/2)**. General Assembly, Sixty-sixth session, 24 January 2012.

Mensagens-chave: A Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre a Prevenção e Controle de DCNTs³⁰⁷ reconhece a importância crítica de reduzir o nível de exposição de indivíduos e populações aos fatores de risco modificáveis comuns para doenças não transmissíveis, enquanto fortalece a capacidade de indivíduos e populações de fazer escolhas mais saudáveis e seguir padrões de estilo de vida que promovem a boa saúde³⁰⁸. Ademais, a Declaração Política reconhece que a incidência e o impacto das doenças não transmissíveis podem ser largamente prevenidos ou reduzidos com uma abordagem que incorpore intervenções baseadas em evidências, acessíveis, custo-efetivas, de abrangência populacional e multisetoriais³⁰⁹. Tais intervenções devem se dar através da implementação de acordos e estratégias internacionais relevantes, e medidas educacionais, legislativas, regulatórias e fiscais, sem prejuízo do direito das nações soberanas de determinar e estabelecer suas políticas tributárias e outras políticas, quando apropriado, envolvendo todos os setores relevantes, sociedade civil e comunidades, e tomando as seguintes ações³¹⁰.

Recomendações em destaque:

De acordo com o Plano de Ação Global, no seu ponto 39, as políticas e programas devem almejar:

- A implementação do conjunto de recomendações da OMS sobre *marketing* de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças, incluindo mecanismos de monitoramento.
- Conforme contexto nacional, considerar ferramentas econômicas, informadas por evidências, como impostos e subsídios que criem incentivos para comportamentos associados ao aprimoramento da saúde, para melhorar a acessibilidade e encorajar o consumo de produtos alimentícios mais saudáveis e desestimular o consumo de alimentos menos saudáveis.

³⁰⁷ UNITED NATIONS. **Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases** (A/RES/66/2). General Assembly, Sixty-sixth session, 24 January 2012.

³⁰⁸ Ponto 35 da Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (A/RES/66/2).

³⁰⁹ Ponto 39 da Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (A/RES/66/2).

³¹⁰ Ponto 43 da Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (A/RES/66/2).

- Promover rotulagem nutricional, de acordo, mas não limitado a, padrões internacionais, em particular *Codex Alimentarius*, para todos os alimentos pré-embalados, incluindo para aqueles que contém alegações de saúde ou nutricionais.

5.1.5 Rome Declaration on Nutrition (ICN2 2014/2)³¹¹ e Conference Outcome Document: Framework for Action (ICN2 2014/3 Corr.1) - WHO. FAO. Second International Conference on Nutrition - Rome, 19-21 November 2014.³¹²

Ano de publicação: 2014

Contexto: Ministros e representantes dos estados membros da FAO e da OMS reuniram-se na Segunda Conferência Internacional de Nutrição em Roma de 19 a 21 de novembro de 2014 para abordar os múltiplos desafios da má-nutrição em todas as suas formas, e para identificar oportunidades para superá-los nas próximas décadas. Como documentos resultantes da conferência, publicou-se a Declaração de Roma em Nutrição e o *Marco de Ação*.

Compromissos em destaque: Na Declaração de Roma em Nutrição os ministros e representantes dos membros da FAO e da OMS reafirmam que o aprimoramento da alimentação e da nutrição requerem marcos legislativos para segurança e qualidade alimentar, incluindo o aprimoramento da informação aos consumidores, evitando-se o *marketing* e a publicidade inapropriados de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças, conforme recomendado na resolução WHA63.14³¹³. Reafirma-se também que o empoderamento dos consumidores por meio de informações nutricionais aprimoradas e baseadas em evidência é necessário para que se façam escolhas informadas em relação ao consumo de produtos alimentícios e práticas alimentares saudáveis³¹⁴. Governos devem, portanto, proteger os consumidores, especialmente as crianças, do *marketing* e publicidade de alimentos inapropriados.³¹⁵ Reconhece-se que o aprimoramento da nutrição requer evitar a ingestão

³¹¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION; FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **Conference Outcome Document: Rome Declaration on Nutrition** (ICN2 2014/2). Second International Conference on Nutrition 19-21 November 2014. Rome: October 2014.

³¹² WORLD HEALTH ORGANIZATION; FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **Conference Outcome Document: Framework for Action** (ICN2 2014/3 Corr.1). Second International Conference on Nutrition 19-21 November 2014. Rome: October 2014.

³¹³ Letra “f” do ponto 13 da Rome Declaration on Nutrition (ICN2 2014/2)

³¹⁴ Letra “h” do ponto 13. da Rome Declaration on Nutrition (ICN2 2014/2)

³¹⁵ Letra “i” do ponto 13. da Rome Declaration on Nutrition (ICN2 2014/2)

excessiva de gorduras saturadas, açúcares, sal/sódio.³¹⁶ Nesse sentido, comprometem-se a prevenir o sobrepeso em crianças abaixo de cinco anos, assim como reverter as tendências crescentes de sobrepeso e obesidade em todos os grupos etários.³¹⁷ Comprometem-se também a desenvolverem políticas, programas e iniciativas para assegurar dietas saudáveis no curso da vida, inclusive nas escolas durante a infância; assim como empoderar pessoas e criar um ambiente que permita a realização de escolhas informadas sobre produtos alimentícios para práticas de dietas saudáveis³¹⁸.

Recomendações em destaque: O documento *Marco de Ação* é de natureza voluntária, e tem como propósito guiar a implementação dos compromissos assumidos da Declaração de Roma em Nutrição com um conjunto de opções políticas e de estratégias. Para fins desse estudo, destacamos as seguintes recomendações:

Recomendação 15: Explorar instrumentos regulatórios e voluntários para promover dietas saudáveis, como políticas sobre *marketing*, rotulagem, incentivos e desincentivos econômicos em conformidade com o *Codex Alimentarius* e as regras da Organização Mundial do Comércio.³¹⁹

Ações recomendadas para abordar o sobrepeso e a obesidade infantil

Recomendação 40: Regular o *marketing* de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças de acordo com as recomendações da OMS.

5.1.6 Resolution adopted by General Assembly on 1 April 2016. 70/259. United Nations Decade of Action on Nutrition (2016-2025) (A/RES/70/259). 15 April 2016.³²⁰

Contexto: A Resolução A/RES/70/259 da Assembleia Geral das Nações Unidas proclama a Década de Ação em Nutrição das Nações Unidas (2016 - 2025) e endossa a Declaração de Roma em Nutrição e o Marco de Ação. Convoca a FAO e a OMS a liderarem a implementação da Década de Ação em Nutrição (2016 – 2025) e a identificar e desenvolver

³¹⁶ Letra “j” do ponto 13. da Rome Declaration on Nutrition (ICN2 2014/2)

³¹⁷ Letra “a” do ponto 15 da Rome Declaration on Nutrition (ICN2 2014/2)

³¹⁸ Letras “g” e “h” do ponto 15 da Rome Declaration on Nutrition (ICN2 2014/2)

³¹⁹ Sobre o *Codex Alimentarius* e OMC ver ponto 11.4.1 do presente trabalho.

³²⁰ UNITED NATIONS. **United Nations Decade of Action on Nutrition (2016-2025)** (A/RES/70/259).

Resolution adopted by General Assembly on 1 April 2016. 70/259. General Assembly, **Seventieth session**, 15 April 2016.

um programa de trabalho baseado na Declaração de Roma e no Marco de Ação, e também seus meios de implementação de 2016 – 2025.

5.1.7 Tackling NCDs. ‘Best buys’ and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. World Health Organization, Geneva, Switzerland; 2017 ³²¹

Ano de publicação: 2017

Contexto: Em maio de 2013, a Assembleia Mundial da Saúde endossou o Plano de Ação Global da OMS para Prevenção e Controle de DCNTs 2013-2020. Esse documento provê aos decisores públicos uma lista de “*best buys*” (que seriam as “melhores apostas” ou medidas mais custo-efetivas) e outras intervenções recomendadas para conter as DCNTs, e tem como base uma atualização do Apêndice 3 do Plano de Ação Global da OMS³²², que foi endossado em Maio de 2017 pela 70ª Assembleia Mundial de Saúde. Tal atualização foi renomeada como “*Best Buys*” e outras recomendações de intervenção, e leva em conta novas evidências sobre custo-efetividade de intervenções.

Objetivo e escopo: Prover um menu de políticas e recomendações de intervenções custo-efetivas para assessorar os Estados-Membros, de acordo com o contexto nacional, na implementação de medidas para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 3 e 4. O documento contém 88 intervenções, incluindo ações de viabilização e alcance de políticas, intervenções mais custo-efetivas, e outras recomendações. Os critérios de efetividade usados para identificar as intervenções foram o efeito quantificável e demonstrado em revista-científica revisada por pares (*peer reviewed journal*), e a ligação clara com os objetivos globais de DCNTs. As intervenções foram analisadas de acordo com custo-efetividade, viabilidade, e considerações não financeiras. Intervenções foram categorizadas em: (i) “*Best buys*”: intervenções efetivas com análise de custo-efetividade (\leq I\$ 100 *per DALY averted in*

³²¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. ‘Best buys’ and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases - Tackling NCDs (WHO/NMH/NVI/17.9). WHO: Geneva, Switzerland, 2017.

³²² Oficialmente chamado de “the updated Appendix 3 of the WHO Global NCD Action Plan 2013-2020. Disponível em: < http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R11-en.pdf> . Acesso em: 12 Set. 2019.

LMICs)³²³; (ii) intervenções efetivas com análise de custo-efetividade (>I\$ 100 *per DALY averted in LMICs*)³²⁴; (iii) outras intervenções recomendadas pela orientação da OMS.

Mensagens-chave: Países devem considerar os contextos nacionais para a priorização das medidas recomendadas. A análise de custo-efetividade é útil, porém apresenta limitações e não deve ser usada como único fundamento para decisão política. Outras considerações devem ser levadas em conta como capacidade de implementação, viabilidade conforme circunstâncias nacionais, impacto na equidade entre intervenções de saúde, e a necessidade de implementar uma combinação de intervenções políticas de alcance populacional e intervenções à nível do indivíduo.

Recomendações em destaque³²⁵:

Objetivo 3 – Reduzir os fatores de risco modificáveis de DCNTs e determinantes sociais pela criação de ambientes promotores de saúde: Reduzir dietas não saudáveis

Ações de viabilização: Implementar a Estratégia Global em Dieta, Atividade Física e Saúde; Implementar as recomendações da OMS sobre *marketing* de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças.

“Best buys” e outras medidas recomendadas:

- Reduzir o consumo de açúcar por meio de medidas efetivas de tributação sobre bebidas açucaradas;

Outras intervenções recomendadas pela OMS:

- Implementar subsídios para o aumento da ingestão de frutas e vegetais;
- Limitar tamanhos de porção e embalagens para reduzir a ingestão de energia e o risco de sobrepeso e obesidade;

³²³ 100 ou menos dólares internacionais por “ano de vida com qualidade perdido” evitado em países de renda baixa e média.

³²⁴ Mais de 100 dólares internacionais por “ano de vida com qualidade perdido” evitado em países de renda baixa e média.

³²⁵ Destaques extraídos e traduzidos (tradução nossa) do documento “WORLD HEALTH ORGANIZATION. ‘Best buys’ and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases - Tackling NCDs (WHO/NMH/NVI/17.9). WHO: Geneva, Switzerland, 2017.”. Extraímos as recomendações que obedecem o escopo aqui analisado de promover redução de demanda por produtos não saudáveis.

- Implementar educação nutricional em diferentes locais (por exemplo, creches, escolas, ambientes de trabalho e hospitais) para aumentar o consumo de frutas e vegetais;
- Implementar rotulagem nutricional para reduzir o consumo total de energia (kcal), açúcar, sódio e gordura;
- Implementar campanhas de mídia de massa sobre alimentação saudável, incluindo *marketing* social para reduzir a ingestão de gordura total, gorduras saturadas, açúcares, sal e promover a ingestão de frutas e vegetais.

5.1.8 Global Nutrition Targets 2025. Childhood Overweight (WHO/NMH/NHD/14.6)³²⁶ e Resolution WHA65.6. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition.³²⁷

Ano de publicação: 2014 e 2012 respectivamente

Contexto: Em 2012, a Resolução 65.6 da Assembleia Mundial da Saúde endossou o documento *Comprehensive implementation plan for maternal, infant and young child nutrition*, que especifica seis metas globais em nutrição para 2025. Uma dessas metas é: deter o aumento do sobrepeso na infância.

Objetivo e escopo: O objetivo desse documento é aumentar a atenção, investimentos e ação para um conjunto de intervenções e políticas custo-efetivas que podem auxiliar os Estados membros a prevenir o aumento do sobrepeso na infância, e assim garantir que as metas serão cumpridas.

Mensagens-chave: Decisores políticos devem considerar a priorização das seguintes ações para deter o aumento do sobrepeso em crianças menores de 5 anos:³²⁸

³²⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Nutrition Targets 2025: Childhood Overweight policy brief** (WHO/NMH/NHD/14.6). Geneva: WHO, 2014. Disponível em: < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149021/WHO_NMH_NHD_14.6_eng.pdf?ua=1 >. Acesso em 12 set. 2019.

³²⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Resolution WHA65.6. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition.** Sixty-fifth World Health Assembly Geneva, 21–26 May 2012. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization, p. 12–13, 2012. Disponível em: < http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_resolution_en.pdf?ua=1 >. Acesso em: 12 set. 2019.

³²⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Nutrition Targets 2025: Childhood Overweight policy brief** (WHO/NMH/NHD/14.6). Geneva: WHO, 2014, p. 2. (Tradução nossa)

- desenvolver políticas públicas coerentes da produção ao consumo e entre diferentes setores, por meio de uma força-tarefa multissetorial, para orientar o desenvolvimento de políticas que assegurem dietas saudáveis ao longo do ciclo-de-vida;
- assegurar que haja aprovação de guias alimentares populacionais oficiais, com base em alimentos, para todos os grupos etários, de forma a criar base para ações que aprimorem a nutrição populacional;
- tomar medidas direcionadas à exposição nos primeiros anos de vida para aprimorar o status nutricional, incluindo: (...) regulação do *marketing* de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças, e regulação do *marketing* de alimentos complementares.

Trazemos destaque à seguinte passagem: “Interesses comerciais que contribuem para o aumento do sobrepeso e obesidade precisam ser regulados, enquanto famílias e comunidades necessitam ser apoiadas por meio da educação, informação e estabelecimento de padrões na provisão pública de alimentos”.³²⁹

Recomendações em destaque:

Exemplos de intervenções para redução do risco do ganho de peso não saudável na infância³³⁰:

- Área de intervenção: abordando a exposição nos primeiros anos de vida para aprimorar o status nutricional e padrões de crescimento. Ações:
 - Regulação do *marketing* de substitutos da amamentação e alimentação complementar inapropriada, por meio da implementação do Código Internacional sobre *marketing* de substitutos ao aleitamento materno.
 - Regulação do *marketing* de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças, abordando a exposição nos primeiros anos de vida.
- Área de intervenção: abordar a exposição da criança ao *marketing* de alimentos. Ações:
 - Desenvolver critérios governamentais (como modelos de perfil de nutrientes) ou acordos regionais de padrões para restrição da exposição da criança, incluindo mídia transfronteiriça, e prazos para implementação da regulação do *marketing* de alimentos

³²⁹ Ibid, p. 6. (Tradução nossa)

³³⁰ Ibid, p. 4 (Tradução nossa)

e bebidas não alcoólicas para crianças, incluindo a implementação e seu monitoramento.

- Impor tributos (ou remover isenções) à publicidade de alimentos altos em gorduras saturadas, gordura trans, açúcares livres ou sal/sódio, assim como bebidas açucaradas.
 - Remover incentivos às práticas de dietas não saudáveis, como provisão de máquinas de venda em escolas e refeições, bebidas e lanches não saudáveis em sala de aula, incluindo pré-escolas e creches) e o acesso a fornecedores de *fast food* no entorno desses estabelecimentos.
 - Remover incentivos às compras por impulso de alimentos não saudáveis altos em gorduras saturadas, gorduras-trans, açúcares livres ou sal/sódio, nos caixas de estabelecimentos comerciais, e investir na promoção de frutas e vegetais frescos (e em locais acessíveis).
 - Aprimorar a informação ao consumidor com rotulagem nutricional que siga as diretrizes do *Codex Alimentarius*³³¹.
- Área de intervenção: influenciar o sistema alimentar e o ambiente alimentar. Ações:
- Explorar e implementar medidas regulatórias e instrumentos voluntários – como políticas de rotulagem, incentivos econômicos (subsídios) ou desincentivos (tributos sobre preço de venda) – para criar ambientes alimentares que conduzam dietas saudáveis.
- Área de intervenção: aprimorar nutrição em localidades. Ações:
- Assegurar planejamento e regulação de limites à disponibilidade de estabelecimentos comerciais de *fast food* próximos a pré-escolas, creches e escolas.

5.2 Recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde

³³¹ CODEX ALIMENTARIUS. **Guidelines on nutrition Labelling** (CAC/GL 2-1985). FAO; WHO. Adopted in 1985. Revised in 1993 and 2011. Amended in 2003, 2006, 2009, 2010, 2012, 2013, 2015, 2016 and 2017. ANNEX adopted in 2011. Revised in 2013, 2015, 2016 and 2017. Disponível em: < <http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/thematic-areas/nutrition-labelling/en/> > . Acesso em 7 dez. 2019.

5.2.1 Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes³³²

Ano de publicação: 2014

Contexto: Em 2014, os países das Américas assinaram unanimemente o Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes, com duração de cinco anos, durante o 53º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que foi também a 66ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas.

Objetivo e escopo: Esse documento tem o objetivo de fornecer aos Estados Membros a justificativa e as principais linhas de ação estratégica para intervenções integrais de saúde pública para conter a progressão da epidemia de obesidade em crianças e adolescentes. Com esse fim, o plano quinquenal estabelece uma meta geral de conter a epidemia de obesidade em rápido crescimento em crianças e adolescentes, para que as atuais taxas de prevalência nos países não continuem aumentando, e propõe cinco áreas de ação, assim como objetivos e indicadores específicos.

Mensagens-chave: O Plano reconhece que (Ponto 7) as preferências alimentares pessoais, decisões de compra e comportamentos alimentares são moldados pelo preço, *marketing*, disponibilidade e acessibilidade. Por sua vez, estes fatores são influenciados por políticas e regulamentações do mais alto nível para agricultura e comércio. Também destaca-se que (Ponto 8) a epidemia de obesidade está associada à disponibilidade generalizada e o aumento do consumo *per capita* de produtos energéticos com poucos nutrientes e bebidas açucaradas em países de baixa e média renda. Reconhece-se também que o alcance da meta traçada requer uma transformação no atual ambiente obesogênico que será obtida com a implementação de um conjunto de políticas, legislação, regulamentações e intervenções efetivas nas seguintes linhas de ação estratégica:

- a) atenção primária à saúde e promoção de aleitamento materno e alimentação saudável;
- b) melhoria de ambientes de nutrição e atividade física escolar;
- c) políticas fiscais e regulamentação do *marketing* e rotulagem de alimentos;

³³² ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes:** 53 Conselho Diretor. 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS, 3 out. 2014. Washington, D.C., USA: OPAS/OMS, 2014. Disponível em: < <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2014/09/Plano-de-Acao-para-Prevencao-da-Obesidade-em-Crianças-e-Adolescentes.pdf> >. Acesso em: 7 dez. 2019.

- d) outras ações multisetoriais;
- e) vigilância, pesquisa e avaliação.

Recomendações em destaque:

Linha de Ação Estratégica 2: Melhoria de ambientes de nutrição e de atividade física escolar.

Reconhece-se que “o *marketing* e a venda de produtos energéticos com poucos nutrientes e bebidas açucaradas nas escolas precisam ser regulamentados”³³³.

Objetivo 2.1: Implementar programas nacionais de alimentação escolar e adotar normas e/ou regulamentações sobre a venda de alimentos e bebidas em escolas (“alimentos competitivos”) que promovam o consumo de alimentos saudáveis e água, e impeçam a disponibilidade de produtos energéticos com poucos nutrientes e bebidas açucaradas.

Linha de Ação Estratégica 3: Políticas fiscais e regulamentação do *marketing* e rotulagem de alimentos.

“Para proteger o direito das crianças à saúde e outros direitos humanos conexos, instam-se os governos a considerar o estabelecimento de políticas fiscais e mecanismos regulamentares, visto que os atuais enfoques voluntários ainda não conseguiram reduzir a obesidade infantil”³³⁴.

Objetivo 3.1: Aumentar o preço de bebidas açucaradas e produtos energéticos com poucos nutrientes por meio de políticas fiscais.

Objetivo 3.2: Sancionar regulamentações para proteger crianças e adolescentes do impacto do *marketing* de bebidas açucaradas, produtos energéticos com poucos nutrientes e *fast foods*.

Objetivo 3.3: Instituir normas para a rotulagem da parte frontal da embalagem para facilitar a rápida identificação de alimentos não saudáveis.

³³³ Ibid., p. 8, Ponto 23.

³³⁴ Ibid, p. 9, Ponto 24.

5.2.2 Alimentos e bebidas ultraprocessados na América Latina: tendências, efeito na obesidade e implicações para políticas públicas. Brasília, DF: OPAS; 2018³³⁵

Ano de publicação: 2018

Objetivo e escopo: Um dos objetivos do relatório é gerar mais dados comprobatórios para respaldar e fazer avançar o Plano de ação da OPAS para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes. O relatório descreve as tendências na venda de produtos ultraprocessados em 13 países da América Latina (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Guatemala, México, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela), bem como os determinantes socioeconômicos relacionados e as implicações relativas ao crescimento, controle e prevenção da obesidade e doenças relacionadas.

Mensagens-chave:

- As políticas e as ações mais eficazes para melhorar a qualidade dos gêneros alimentícios a fim de reduzir a incidência do sobrepeso e da obesidade são a adoção de regulamentações públicas e intervenções no mercado³³⁶. Por exemplo, está bem demonstrada a efetividade de fatores como preço, disponibilidade e outros controles reguladores sobre o uso do tabaco³³⁷. No entanto, algumas tentativas recentes de aplicar regulamentações obrigatórias para melhorar os gêneros alimentícios têm sido dificultadas pela desinformação e publicações científicas tendenciosas, além da pressão dos interesses comerciais³³⁸.
- A mudança mais surpreendente nos sistemas de alimentos dos países de alta renda, e agora também dos países de baixa e média renda, é a substituição dos padrões de alimentação baseados em comidas e pratos preparados a partir de alimentos não processados ou minimamente processados por padrões que se baseiam cada vez mais em produtos

³³⁵ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Alimentos e bebidas ultraprocessados na América Latina: tendências, efeito na obesidade e implicações para políticas públicas.** Brasília, DF: OPAS; 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34918/9789275718643-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y> > . Acesso em: 7 mar. 2019.

³³⁶ MOODIE, Rob; et al.. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *The Lancet*, v. 381, n. 9867, p. 671-672, 2013. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit. , 2018.

³³⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.** Genebra: OMS; 2003.

³³⁸ CHAN, M. **WHO Director-General addresses health promotion conference.** Genebra: OMS; 2013.

ultraprocessados^{339,340,341}. A alimentação resultante é caracterizada por excesso de densidade calórica e alto teor de açúcares livres, gorduras não saudáveis e sal e baixo teor de fibras alimentares^{342,343}, o que eleva o risco de obesidade e outras DNT relacionadas com a alimentação^{344,345,346,347}. A proporção de produtos ultraprocessados nos gêneros alimentícios pode ser considerada uma medida da qualidade geral da alimentação de uma população³⁴⁸.

Recomendações em destaque:

O documento destaca serem necessárias soluções de mercado para reformular os sistemas de alimentos de forma que protejam e apoiem opções saudáveis de alimentação. Nesse sentido, divide as recomendações em quatro linhas gerais de ação, destacamos aqui dois pontos:

- **Reduzir o consumo de produtos ultraprocessados:** necessidade de reduzir o risco para a saúde associado aos produtos ultraprocessados com a redução do consumo total, o que requer a implementação de diversas políticas fiscais, bem como a regulamentação legal e de outros

³³⁹ MARTINS, A.P.; LEVY, R.B.; CLARO, R.M.; MOUBARAC, J.C.; MONTEIRO, C.A. Increased contribution of ultra-processed food products in the Brazilian diet (1987-2009). **Rev Saude Publica**, v. 47, n. 4, p. 656-665, 2013. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit. , 2018.

³⁴⁰ MOUBARAC, J.C.; BATAL, M.; MARTINS, A.P.; CLARO, R.; LEVY, R.B.; CANNON, G., et al. Processed and ultra-processed food products: consumption trends in Canada from 1938 to 2011. **Can J Diet Pract Res.**, v. 75, 1, p.15-21, 2014. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit. , 2018.

³⁴¹ JUUL, F.; HEMMINGSSON, E. Trends in consumption of ultra-processed foods and obesity in Sweden between 1960 and 2010. **Public Health Nutr.**, v. 25, p. 1-12, 2015. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit. , 2018.

³⁴² MOUBARAC, J.C.; MARTINS, A.P.; CLARO, R.M.; LEVY, R.B.; CANNON, G.; MONTEIRO, C.A.; Consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health. Evidence from Canada. **Public Health Nutr.**, v. 16, 12, p. 2240-8, 2013. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit. , 2018.

³⁴³ MONTEIRO, C.A.; LEVY, R.B; CLARO, R.M.; de CASTRO, I.R; CANNON, G. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. **Public Health Nutr.**, v. 14, 1, p. 5-13, 2011. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit. , 2018.

³⁴⁴ TAVARES, L.F.; FONSECA, S.C.; GARCIA ROSA, M.L; YOKOO, E.M. Relationship between ultraprocessed foods and metabolic syndrome in adolescents from a Brazilian Family Doctor Program. **Public Health Nutr.**, v. 15, n. 1, p.82-87, 2012. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit. , 2018.

³⁴⁵ CANELLA, D.S.; LEVY, R.B.; MARTINS, A.P.; CLARO, R.M.; MOUBARAC, J.C.; BARALDI, L.G; et al. Ultraprocessed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). **PLoS One**, v.9, 3, e27252, 2014. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit. , 2018.

³⁴⁶ RAUBER F, CAMPAGNOLO PD, HOFFMAN DJ, VITOLO MR. Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: a longitudinal study. **Nutr Metab Cardiovasc Dis.**, v. 25, 1, p.116-22, 2015. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit. , 2018.

³⁴⁷ MOZAFFARIAN, D.; HAO, T.; RIMM, E.B.; WILLETT, W.C.; HU, F.B. Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men. **N Engl J Med.**, v. 364, n. 25, p. 2392-404, 2011. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit. , 2018.

³⁴⁸ VANDEVIJVERE S, MONTEIRO C, KREBS-SMITH SM, LEE A, SWINBURN B, KELLY B, et al. Monitoring and benchmarking population diet quality globally: a step-wise approach. **Obes Rev.** 2013;14 Suppl 1 :135-49. apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. op. cit. , 2018.

tipos de rotulagem, promoção e publicidade dos produtos ultraprocessados. (...) Devem ser implementadas regulamentações obrigatórias para proibir qualquer tipo de *marketing* de produtos ultraprocessados dirigido a crianças e adolescentes (inclusive nas embalagens) e restringir o *marketing* em todos os espaços públicos, inclusive locais onde são vendidos alimentos. As regulamentações devem ser monitoradas, revistas e reforçadas, como costuma ser feito para cigarros e bebidas alcoólicas.

- **Proteger e promover a alimentação saudável:** Para promover e proteger a boa saúde e o bem-estar geral, são necessárias políticas e medidas para reduzir e reverter a substituição de alimentos e comidas não processados ou minimamente processados por produtos e *snacks* ultraprocessados. (...).

5.3 Quadro-resumo das recomendações

No presente quadro-resumo agrupamos as recomendações mais recorrentes nos documentos analisados que se referem à regulamentação de produtos alimentícios que podem contribuir para obesidade, tendo em vista a redução de sua demanda e/ou oferta.

Tabela 1: Quadro-resumo de recomendações regulatórias em destaque.

Documento				Recomendações Regulatórias			
Título	Org.	Ano	Tipo	Marketing / Publicidade	Rotulagem de Alimentos	Medidas fiscais	Ambiente alimentar escolar
Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde	OMS	2004	Resolução WHA57.17	Ponto 40. 3	Ponto 40.4	Ponto 41.2	Ponto 43
Conjunto de Recomendações sobre a Promoção de Alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças	OMS	2010	Endossado pela Resolução WHA63.14	Recomendações de 1 a 12	-	-	Recomendação 5
Relatório da Comissão pelo Fim da Obesidade Infantil e Plano de Implementação	OMS	2016 2017	Plano: WHO/NMH/PND/ECHO/17.1	Ações 1.3; 4.5	Ação 1.7	Ação 1.2	Ações 1.8; 4.9; 5; 5.1; 5.2
Plano de Ação Global pela Prevenção e Controle de DCNTs 2013 - 2020	OMS	2013	Endossado pela Resolução WHA66.10	Ponto 39	Ponto 39	Ponto 39	-
Declaração de Roma em Nutrição	FAO/ OMS	2014	ICN2 2014/2 endossado pela A/RES/70/259	Ponto 13(f)(i)	Ponto 13(h)	-	Ponto 15(g)(h)
Marco de Ação - Declaração de Roma em Nutrição	FAO/ OMS	2014	ICN2 2014/3 Corr.1 endossado pela A/RES/70/259	Recomendações 15 e 40	Recomendação 15	Recomendação 15	-
Tackling NCDs. 'Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases	OMS	2017	WHO/NMH/NVI/17.9	Objetivo 3	Objetivo 3	Objetivo 3	-
Metas Globais de Nutrição 2025. Sobrepeso Infantil.	OMS	2012	WHO/NMH/NHD/14.6	Tabela 1	Tabela 1	Tabela 1	Tabela 1
Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes	OPAS/ OMS	2014	Plano assinado por países das Américas	L.A.E. 3, Obj. 3.2	L.A.E. 3, Obj. 3.3	L.A.E. 3, Obj. 3.1	L.A.E 2, Obj. 2.1

Fonte: Elaboração própria.

5.4 Notas sobre força jurídica das recomendações

Estiveram sob nosso enfoque as recomendações expedidas pela OMS, e pela OPAS, que é a agência especializada em saúde do Sistema Interamericano e serve como escritório regional para as Américas da OMS. Resta a questão acerca da força jurídica dos documentos até então consolidados pelas autoridades internacionais de saúde no tema em questão.

A OMS é uma agência da Organização das Nações Unidas, cujo Tratado Constitutivo, adotado pela Conferência Internacional da Saúde e assinado pelos 61 Estados Membros em 1946, com entrada em vigor em 1948, estabelece autoridade para negociação e adoção de tratados em cinco áreas: (i) regulação sanitária e de quarentena; (ii) catalogação de doenças e práticas de saúde pública; (iii) padrões de procedimento de diagnóstico para uso internacional; (iv) padrões de segurança, pureza e potência de produtos biológicos, farmacêuticos e similares sujeitos ao comércio internacional; e (v) propaganda e rotulagem de produtos biológicos, farmacêuticos e similares sujeitos ao comércio internacional. Quando as regulamentações e tratados são adotadas pela assembleia da OMS, tornam-se automaticamente compulsórias para os estados membros quando atingem o número mínimo de ratificações, exceto para os Estados que declarem formalmente a não aceitação do documento.³⁴⁹

A grande maioria das normas adotadas pela OMS, porém, são expressões de *soft law* no formato de declarações, diretrizes ou recomendações.³⁵⁰ Os documentos aqui destacados sobre medidas para o combate à obesidade e doenças crônicas relacionadas à alimentação integram o arcabouço de expressões de *soft law*, servindo como guias e sujeitos a verificações de prestações de contas quanto sua execução pelos Estados.

Até o momento, o único Tratado da OMS foi a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) de 2003, ratificada por 168 Estados, demonstrando assim a competência normativa de efeito compulsório da organização. Importante notar que tal convenção traz um marco jurídico sobre o papel do Estado em regular a atividade mercadológica que estimula a demanda por produtos que promovem DCNTs, no caso, o tabaco.

³⁴⁹ FIDLER, David P.. International Law and Global Public Health. **Kansas Law Review**, v. 48, 1999, p. 20. apud RIVA, Gabriela Rodrigues Saab. **O Direito Internacional e os Testes de Medicamentos com Seres Humanos** (Tese de Doutorado). Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018..

³⁵⁰ RIVA, Gabriela Rodrigues Saab. op. cit, 2018.

A CQCT tem como fim reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e exposição à fumaça do tabaco. Nesse sentido há um enfoque em medidas de redução de demanda, cuja efetividade vem comprovada por evidências científicas, destacando-se medidas como o aumento de preços e impostos sobre os produtos vetores de doenças; redução da exposição à fumaça do tabaco por meio da instituição de ambientes livres de fumo; restrições à publicidade e mecanismos de promoção e patrocínio de produtos de tabaco; regulação de embalagem e rotulagem para disposição de informações claras sobre os riscos de consumo dos produtos fumígenos e desestímulo aos apelos de consumo, como por meio da disposição de imagens de advertência ou adoção de embalagens genéricas; regulamentação do conteúdo de produtos de tabaco; entre outras. No Tratado, há também a previsão de medidas de redução da oferta, como promoção da diversificação da fumicultura por meio de apoio a alternativas econômicas para agricultores e varejistas, proibição de venda a menores de idade, e combate ao comércio ilícito.³⁵¹

O grande aporte da CQCT que merece destaque é o reconhecimento de que para reduzir o consumo do tabaco é necessário regular o vetor da doença e blindar o desenvolvimento de políticas públicas da interferência dos interesses comerciais da indústria tabacaleira. Por que isso relaciona-se diretamente com o tema da prevenção da obesidade? Conforme já comentado, cresce entre a sociedade científica global o reconhecimento dos alimentos ultraprocessados e de sua particular forma de comercialização como vetor importante na epidemia de obesidade. Nesse sentido, aumenta perante a comunidade global de saúde o reconhecimento de que, dentre as melhores apostas em políticas públicas para controle da obesidade, estão medidas para redução do consumo de produtos-vetores.

Nesse sentido, diversas organizações de defesa de direitos humanos e da saúde urgem por um marco legal internacional efetivo para responsabilizar a indústria global de produtos alimentícios ultraprocessados por seus atos e para tornar compulsório aos Estados a modificação de suas leis domésticas para a redução e prevenção de DCNTs relacionadas à dieta alimentar. Assim, aponta-se a CQCT como uma base para a construção de um marco

³⁵¹ GOMES, Fabio da Silva; FERRAZ, Mariana de Araujo; JOHNS, Paula. **Histórico das indústrias de tabaco e de alimentos ultra-processados como vetores de doenças: lições aprendidas e estratégias de enfrentamento convergentes**. Artigo elaborado para o evento Infância e Comunicação: Marcos Legais e Políticas Públicas, promovido pela ANDI em 5 de março de 2013, no Congresso Nacional. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/arquivo/790_Artigo_tabaco_alimentos.pdf>. Acesso em: 30 set. 2019

legal internacional para monitoramento e responsabilização da indústria alimentícia. Salienta-se também que a comunidade internacional deve garantir que as corporações alimentícias, guiadas por seus interesses econômicos, não prejudiquem os esforços dos Estados em formular e implementar políticas de prevenção das DCNTs.

Sobre a necessidade de um marco jurídico internacional para dirimir a indústria de produtos alimentícios como vetor de DCNTs relacionadas à alimentação, destacamos trecho do relatório do Relator Especial sobre o direito de todos ao gozo do mais elevado nível possível de saúde física e mental, Anand Grover:

61. An effective international framework is needed to hold the global food industry legally accountable for its actions. There is a need to create an international framework that binds States and casts responsibility on them to modify their domestic laws for reduction and prevention of diet-related NCDs. The Framework Convention on Tobacco Control could be used as a foundation on which an international framework for accountability and monitoring of the food and beverage industry can be built. The international community also needs to ensure that food corporations driven by commercial interests do not undermine the efforts of States to realize the enjoyment of the highest attainable standard of health.³⁵²

6. EMBASAMENTO DAS MEDIDAS RECOMENDADAS

Na última década, observamos um marco no reconhecimento pelos Estados Membros do sistema das Nações Unidas da gravidade das DCNTs e de seus fatores de risco, e da necessidade de ação por meio da formulação de compromissos, objetivos claros e políticas baseadas em evidência para conter o avanço dessas enfermidades. Assim, no ano de 2011, a Assembleia Geral das Nações Unidas reconheceu que as DCNTs são passíveis de prevenção, e com isso se comprometeu a centrar esforços na ação regulatória e legislativa para combater os fatores de risco e aprimorar o acesso aos cuidados de saúde. Nesse sentido, os Estados Membros comprometeram-se em apoiar a implementação de intervenções populacionais

³⁵² GROVER, Anand. **Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover (A/HRC/26/31)**. Human Rights Council, Twenty-sixth session. United Nations, General Assembly, 1 April 2014. Disponível em: < https://www.unscn.org/files/Announcements/Other_announcements/A-HRC-26-31_en.pdf >. Acesso em 7 dez 2019, p. 21.

multisetoriais e custo-efetivas, tendo em vista reduzir o impacto dos fatores de risco comuns às DCNT com enfoque em medidas educacionais, legislativas, regulatórias e fiscais.

Destacamos, na revisão documental realizada na Parte II desse trabalho, algumas das medidas mais recorrentes dentro do recorte de regulação do mercado de alimentos não saudáveis que visam diminuir a demanda por esses produtos. Agora, pretendemos comentar de forma resumida algumas das principais evidências em torno de tais recomendações e suas características em experiências internacionais. Para tanto, nos apoiaremos nas justificativas contidas nos documentos oficiais da OMS e OPAS, assim como no trabalho de sistematização de evidências realizados pelo *Global Food Research Program da University of North Carolina at Chapel Hill* (UNC)³⁵³ para as medidas de (1) tributação de bebidas açucaradas; (2) regulação do *marketing* infantil de alimentos não saudáveis; (3) regulação de alimentos no ambiente escolar; e (4) regulação da rotulagem de alimentos.

As medidas recomendadas implicarão em medidas legislativas e regulatórias por parte dos Estados. Sabemos que a atividade legislativa e regulatória está submetida ao *princípio da necessidade*, ou seja, o regime legal mínimo, como pressuposto do Estado de Direito democrático, impõe que não haja restrição imotivada ou desnecessária à liberdade de ação no âmbito social. O intuito de trazermos o embasamento científico das medidas regulatórias recomendadas é o de formar uma base sólida para o juízo de adequação e necessidade das leis e regulações que venham a restringir a atividade econômica.

6.1 Tributação de bebidas açucaradas

A. Por que é necessário reduzir o consumo de bebidas açucaradas?³⁵⁴

³⁵³ Disponível em: < <http://globalfoodresearchprogram.web.unc.edu/multi-country-initiative/resources/> >. Acesso em 10 Ago 2019

³⁵⁴ Todas as referências científicas trazidas nessa sessão foram organizadas e citadas pelo *Global Food Research Program da University of North Carolina at Chapel Hill*. Não realizamos consulta direta de todas as referências a seguir enumeradas, porém escolhemos trazê-las nesse trabalho a fim de evidenciar o embasamento científico de todas as conclusões. Portanto, alertamos que as referências a seguir citadas foram extraídas de: GLOBAL FOOD RESEARCH PROGRAM AT UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA AT CHAPEL HILL. **Why Tax Sugary Drinks** (English), February, 2018. Disponível online em: < <http://globalfoodresearchprogram.web.unc.edu/multi-country-initiative/resources/> >. Acesso em: 13 Ago 2019.

Em linhas gerais, o consumo em excesso de açúcar na forma líquida causa danos à saúde. Vejamos os dados e evidências científicas para tal constatação:

- O consumo excessivo de açúcar é uma das principais causas da obesidade e de suas doenças relacionadas, provoca aumento do risco de diabetes, danos ao fígado e rins, doenças cardíacas e alguns cânceres.^{355,356}
- A Organização Mundial da Saúde recomenda que indivíduos não consumam mais de 10% do total de calorias provenientes do açúcar livre e preferencialmente consumam menos de 5%.^{357,358,359}
- Em média, apenas uma única garrafa de 600 ml (20 oz) de refrigerante comum (um dos muitos tipos de bebida açucarada) já forneceria 12% do total de calorias de açúcares adicionados para um adulto (em 2000 kcal / dia dieta).³⁶⁰
- Manter o consumo de açúcar abaixo de 10% do total de calorias tornou-se uma meta global. A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde recomenda grandes reduções no consumo de açúcar, a qual é ecoada por várias organizações científicas.^{361,362,363,364,365,366,367}

³⁵⁵ WORLD CANCER RESEARCH FUND INTERNATIONAL. Curbing global sugar consumption: Effective food policy actions to help promote healthy diets and tackle obesity. London: WCRF; 2015.

³⁵⁶ UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM. World Health Organization. United Nations Inter-agency Taskforce on the prevention and control of noncommunicable diseases. **Barbados NCD Investment case**; 2015.

³⁵⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sugars intake for adults and children. Guideline. WHO/NMH/NHD/15.2 (Executive summary). 2015. Disponível em: < https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars_intake/en/ >. Acesso em: 12 dez. 2019.

³⁵⁸ WORLD CANCER RESEARCH FUND INTERNATIONAL. op. Cit; 2015.

³⁵⁹ UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM. op. cit. 2015.

³⁶⁰ GLOBAL FOOD RESEARCH PROGRAM. op. Ct. 2018.

³⁶¹ WORLD CANCER RESEARCH FUND INTERNATIONAL. op. Cit; 2015.

³⁶² UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM. op. cit. 2015.

³⁶³ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES AND THE US DEPARTMENT OF AGRICULTURE. **Scientific Report of the 2015 Dietary Guidelines Advisory Committee**. In: Promotion OoDPaH, editor. Washington DC: Office of Disease Preventio and Health Promotion USDHHS, 2015. p. 571.

³⁶⁴ INSTITUTE OF MEDICINE COMMITTEE ON ACCELERATING PROGRESS IN OBESITY PREVENTION. **Measuring Progress in Obesity Prevention: Workshop Report**. The National Academies Press; 2012.

³⁶⁵ INSTITUTE OF MEDICINE. **Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity?:** The National Academies Press; 2006.

³⁶⁶ JOHNSON, RK; APPEL, LJ; BRANDS, M; HOWARD, BV; LEFEVRE, M; LUSTIG RH; et al. Dietary sugars intake and cardiovascular health: a scientific statement from the American Heart Association. **Circulation**, v. 120, n.11, p. 1011-20, 2009.

- Bebidas açucaradas são uma fonte significativa de açúcar livre. Bebidas açucaradas incluem gaseificada e refrigerantes não carbonatados, bebidas de frutas, bebidas energéticas e esportivas e todas as bebidas lácteas e iogurtes com adição de açúcar.
- A ingestão de calorias de bebidas açucaradas não é compensada por uma redução equivalente de ingestão de calorias de outros alimentos. Quando bebemos refrigerantes e outras bebidas açucaradas, não nos sentimos saciados, subsequentemente não reduzimos a quantidade de comida que ingerimos, então o consumo total de calorias aumenta.^{368,369,370}
- Bebidas açucaradas muitas vezes não têm valor nutricional e são particularmente prejudiciais ao corpo no formato líquido. O açúcar em formato líquido é absorvido mais rapidamente pelo fígado do que sua capacidade de o processar e liberar, sendo o excesso armazenado como gordura ou depósitos de glicogênio no fígado³⁷¹. Este pode levar a doença hepática gordurosa e aumento dos riscos de diabetes e outras DCNTs.
- O consumo de bebidas açucaradas leva a maiores riscos de doença e morte. Bebidas açucaradas são uma das principais causa de aumentos na ingestão calórica, peso e risco de diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, e diversos outros problemas de saúde.^{372,373,374,375,376}

³⁶⁷ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Plan of Action for the Prevention of Obesity in Children and Adolescents**; 2014.

³⁶⁸ MOURAO, D.; BRESSAN, J.; CAMPBELL, W.; MATTES, R. Effects of food form on appetite and energy intake in lean and obese young adults. **Int J Obes** (Lond), v. 31, n. 11, p. 1688-95, 2007.

³⁶⁹ DIMEGLIO, D.P.; MATTES, R.D. Liquid versus solid carbohydrate: effects on food intake and body weight. **Int J Obes Relat Metab Disord.**, v. 24, n. 6, p. 794-800, 2000.

³⁷⁰ DELLAVALLE, D.M.; ROE, L.S.; ROLLS, B.J. Does the consumption of caloric and non-caloric beverages with a meal affect energy intake? **Appetite**, v. 44, n.2, p.187-193, 2005

³⁷¹ MALIK, V.S.; HU, F.B. Fructose and Cardiometabolic Health: What the Evidence From Sugar-Sweetened Beverages Tells Us. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 66, n.14, p.1615-24, 2015.

³⁷² MALIK, V.S.; HU, F.B. Op. Cit. 2015

³⁷³ TE MORENGA, L.A.; HOWATSON, A.J.; JONES, R.M.; MANN, J. Dietary sugars and cardiometabolic risk: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of the effects on blood pressure and lipids. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 100, n.1, p. 65-79, 2014.

³⁷⁴ TE MORENGA, L.; MALLARD, S.; MANN, J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. **British Medical Journal**, v. 346, e7492, 2013.

³⁷⁵ MALIK, V.S.; WILLETT, W.C.; HU, F.B. Global obesity: trends, risk factors and policy implications. **Nat Rev Endocrinol.**, v. 9, n.1, p. 13-27, 2013.

³⁷⁶ MALIK, V.S.; PAN, A.; WILLETT, W.C.; HU, F.B. Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis. **Am J Clin Nutr.**, v.98, n.4, p.1084-102, 2013.

³⁷⁷. Crianças e adolescentes de todas as idades mostraram-se ser afetados negativamente pelo consumo de bebidas açucaradas.^{378,379}

- O consumo de bebidas açucaradas também está relacionado com a subnutrição. Em muitos países da América Latina, Caribe e África, crianças consomem bebidas açucaradas como alimento complementar ao desmame, o que tem efeitos adversos como o aumento da subnutrição e nanismo.^{380,381} Crianças subnutridas têm um risco muito maior de se tornarem obesas e diabéticas^{382,383,384,385}.

- O consumo de açúcar na forma de bebidas açucaradas está aumentando globalmente.^{386,387} Os latino-americanos consomem níveis muito altos de açúcar (mais que o triplo do limite

³⁷⁷ DE KONING, L.; MALIK, V.S.; KELLOGG, M.D.; RIMM, E.B.; WILLETT, W.C.; HU, F.B. Sweetened Beverage Consumption, Incident Coronary Heart Disease and Biomarkers of Risk in Men. **Circulation**, v. 125, 14, 1735-1741, S1, 2012.

³⁷⁸ DE RUYTER, J.C.; OLTHOF, M.R.; SEIDELL, J.C.; KATAN, M.B. A Trial of Sugar-free or Sugar-Sweetened Beverages and Body Weight in Children. **New England Journal of Medicine**, v. 367, n.15, p.1397-1406, 2012.

³⁷⁹ EBBELING, C.B.; FELDMAN, H.A.; CHOMITZ, V.R.; ANTONELLI, T.A.; GORTMAKER, S.L.; OSGANIAN, S.K.; et al. A Randomized Trial of Sugar-Sweetened Beverages and Adolescent Body Weight. **New England Journal of Medicine**, v. 367, n.15, p.1407-1416, 2012.

³⁸⁰ MARRIOTT, B.M.; CAMPBELL, L.; HIRSCH, E.; WILSON, D. Preliminary data from demographic and health surveys on infant feeding in 20 developing countries. **The Journal of nutrition**, v. 137, n.2, p. 518S-23S, 2007.

³⁸¹ ZEHNER, E. Promotion and consumption of breastmilk substitutes and infant foods in Cambodia, Nepal, Senegal and Tanzania. **Maternal & child nutrition**, v.12, S2, p. 3-7, 2016.

³⁸² ADAIR, L.S.; FALL, C.H.; OSMOND, C.; STEIN, A.D.; MARTORELL, R.; RAMIREZ-ZEA, M.; et al. Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies. **Lancet**, v. 382, 9891, p.525-34, 2013.

³⁸³ STEIN, A.D.; WANG, M.; MARTORELL, R.; NORRIS, S.A.; ADAIR, L.S.; BAS, I.; et al. Growth patterns in early childhood and final attained stature: data from five birth cohorts from low- and middle-income countries. **Am J Hum Biol.**, v. 22, n. 3, p.353-9, 2010.

³⁸⁴ MARTORELL, R.; HORTA, B.L.; ADAIR, L.S.; STEIN, A.D.; RICHTER, L.; FALL, C.H, et al. Weight gain in the first two years of life is an important predictor of schooling outcomes in pooled analyses from five birth cohorts from low- and middle-income countries. **J Nutr.** v. 140, n.2, p. 348-54, 2010.

³⁸⁵ ADAIR, L.S.; MARTORELL, R.; STEIN, A.D.; HALLAL, P.C.; SACHDEV, H.S.; PRABHAKARAN, D.; et al. Size at birth, weight gain in infancy and childhood, and adult blood pressure in 5 low- and middle-income-country cohorts: when does weight gain matter? **Am J Clin Nutr.**, v. 89, n. 5, p.1383-92, 2009.

³⁸⁶ SINGH, G.M.; MICHA, R.; KHATIBZADEH, S.; SHI, P.; LIM, S.; ANDREWS, K.G; et al. Global, Regional, and National Consumption of Sugar-Sweetened Beverages, Fruit Juices, and Milk: A Systematic Assessment of Beverage Intake in 187 Countries. **PLoS ONE**, v. 10, 8, e0124845, 2015.

³⁸⁷ POPKIN, B.M; HAWKES, C. Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 4, n. 2, p. 174-86, 2016.

definido pela OMS).^{388,389} As bebidas açucaradas são a maior fonte de açúcar nas dietas da maioria das crianças, adolescentes e jovens adultos da região.^{390,391}

Outras evidências também reforçam os riscos das bebidas ultraprocessadas:

“As bebidas ultraprocessadas, como refrigerantes e sucos artificiais, apresentam características peculiares. Seu consumo está associado ao ganho de peso em razão da redução compensatória incompleta no consumo de energia quando as refeições são realizadas após a ingestão de líquidos³⁹². Estudos que utilizaram dados de consumo individual da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), em 2008-2009, demonstraram que há uma deficiência na compensação calórica das refeições realizadas após o consumo de bebidas açucaradas, reforçando seu papel no aumento do consumo de calorias³⁹³. Alguns compostos presentes em sua formulação, como os produtos finais da glicação avançada gerados no processo de caramelização das bebidas do tipo cola, também podem afetar vias fisiopatológicas relacionadas ao diabetes do tipo 2 e à síndrome metabólica³⁹⁴.”³⁹⁵

B. Por que tributar bebidas açucaradas é necessário como medida de saúde?

Em linhas gerais, a fundamentação da tributação de bebidas açucaradas é provocar um aumento do preço final dos produtos que geram externalidades negativas, no caso, o dano a saúde, de forma que a acessibilidade seja menos conveniente, promovendo mudanças nas escolhas de compra do consumidor. Vejamos algumas das evidências sobre tal política:

³⁸⁸ PEREIRA, R.A.; DUFFEY, K.J.; SICHIERI, R.; POPKIN, B.M. Sources of excessive saturated fat, trans fat and sugar consumption in Brazil: an analysis of the first Brazilian nationwide individual dietary survey. **Public Health Nutr.**, v. 17, n.1, p. 113-21, 2014.

³⁸⁹ BARQUERA, S.; HERNANDEZ-BARRERA, L.; TOLENTINO, M.; ESPINOSA, J.; NG, S.; RIVERA, J.; et al. Energy intake from beverages is increasing among Mexican adolescents and adults. **J Nutr.**, v. 138, n.12, p. 2454-61, 2008.

³⁹⁰ BARQUERA, S.; CAMPIRANO, F.; BONVECCHIO, A.; HERNÁNDEZ, L.; RIVERA, J.; POPKIN, B. Caloric beverage consumption patterns in Mexican children. **Nutrition Journal**, v. 9, p. 47-56, 2010.

³⁹¹ PEREIRA, R.; SOUZA, A.; DUFFEY, K.; SICHIERI, A.; POPKIN, B. Beverages consumption in Brazil: results from the first National Dietary Survey. **Public Health Nutrition**, v. 18, p.1164-1172, 2015;

³⁹² DIMEGLIO, D.P.; MATTES, R.D. Liquid versus solid carbohydrate: effects on food intake and body weight. **Int J Obes Relat Metab Disord**, v.24, n.6, p.794-800, 2000.

³⁹³ GOMBI-VACA, M.F.; SICHIERI, R.; VERLY, E. Jr. Caloric compensation for sugar-sweetened beverages in meals: a population-based study in Brazil. **Appetite**, v.98, p.67-73, 2016.

³⁹⁴ URIBARRI, J.; STIRBAN, A.; SANDER, D. et al. Single oral challenge by advanced glycation end products acutely impairs endothelial function in diabetic and nondiabetic subjects. **Diabetes Care**, v.30, n.10, p.2579-2582, 2007.

³⁹⁵ LOUZADA, Maria Laura da Costa et al. **Alimentação e saúde: a fundamentação científica do guia alimentar para a população brasileira**. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2019, p. 65.

- Os impostos sobre bebidas açucaradas são uma vantagem para os governos porque ao mesmo tempo que reduzem o consumo de bebidas açucaradas, aumentam a receita do governo que pode ser usada para financiar outros serviços e iniciativas governamentais.³⁹⁶ A arrecadação pode ser usada, por exemplo, para financiar os esforços de prevenção da obesidade e outros programas importantes de saúde, aumentando assim seu impacto sobre a saúde.^{397,398,399}
- Os impostos sobre bebidas açucaradas reduzem seu consumo e a prevalência de doenças e mortes causadas pelo consumo excessivo de açúcar. Modelos econômicos que previam a redução do consumo de bebidas açucaradas com a instituição de impostos foram confirmados por jurisdições que promulgaram esses impostos.^{400,401,402,403,404,405,406}
- Além de reduzir significativamente o consumo de bebidas não saudáveis, os impostos sobre bebidas açucaradas também levam ao aumento do consumo de bebidas mais saudáveis, como água e leite.^{407,408,409}

³⁹⁶ BROWNELL, K.D.; FARLEY, T.; WILLETT, W.C.; POPKIN, B.M.; CHALOUPKA, F.J.; THOMPSON, J.W.; et al. The Public Health and Economic Benefits of Taxing Sugar-Sweetened Beverages. **New England Journal of Medicine**, v. 361, n.16, p.1599-605, 2009.

³⁹⁷ SILVER, L.D.; NG, S.W.; RYAN-IBARRA, S.; TAILLIE, L.S.; INDUNI, M.; MILES, D.R., et al. Changes in prices, sales, consumer spending, and beverage consumption one year after a tax on sugar-sweetened beverages in Berkeley, California, US: A before-and-after study. **PLOS Medicine**, v. 14, 4, e1002283, 2017.

³⁹⁸ ANDREYEVA, T.; CHALOUPKA, F.J.; BROWNELL, K.D. Estimating the potential of taxes on sugar-sweetened beverages to reduce consumption and generate revenue. **Preventive medicine**, v. 52, n.6, p.413-6, 2011.

³⁹⁹ GO, A.; MOZAFFARIAN, D.; ROGER, V. Sugar-sweetened beverages initiatives can help fight childhood obesity. **Circulation**, v. 127, e6-e245, 2013.

⁴⁰⁰ BROWNELL, K.D.; FARLEY, T.; WILLETT, W.C.; POPKIN, B.M.; CHALOUPKA, F.J.; THOMPSON J.W.; et al. The Public Health and Economic Benefits of Taxing Sugar-Sweetened Beverages. **New England Journal of Medicine**, v. 361, n. 16, p.1599-605, 2009.

⁴⁰¹ COLCHERO, M.A.; POPKIN, B.M.; RIVERA, J.A.; NG, S.W. Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. **BMJ**, v. 352, 2016.

⁴⁰² COLCHERO, M.A.; SALGADO, J.C.; UNAR-MUNGUÍA, M.; MOLINA, M.; NG, S.; RIVERA-DOMMARCO, J.A. Changes in Prices After an Excise Tax to Sweetened Sugar Beverages Was Implemented in Mexico: Evidence from Urban Areas. **PLoS ONE**, v. 10, 12, e0144408, 2015.

⁴⁰³ BÍRÓ, A. Did the junk food tax make the Hungarians eat healthier? **Food Policy**, v. 54, p.107-15, 2015

⁴⁰⁴ ANDREYEVA, T.; CHALOUPKA, F.J.; BROWNELL, K.D. Estimating the potential of taxes on sugar-sweetened beverages to reduce consumption and generate revenue. **Prev Med.**, v. 52, n. 6, p.413-6, 2011.

⁴⁰⁵ ANDREYEVA, T.; LONG, M.W.; BROWNELL, K.D. The impact of food prices on consumption: A systematic review of research on the price elasticity of demand for food. *Am J Public Health*, v. 100, n. 2, p. 216-22, 2009.

⁴⁰⁶ ESCOBAR, M.A.C.; VEERMAN, J.L.; TOLLMAN, S.M.; BERTRAM, M.Y.; HOFMAN, K.J. Evidence that a tax on sugar sweetened beverages reduces the obesity rate: a meta-analysis. **BMC public health**, v.13, 1072, 2013.

⁴⁰⁷ COLCHERO, M.A.; POPKIN, B.M.; RIVERA, J.A.; NG, S.W. Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. **BMJ**, v. 352, 2016.

- Os impostos sobre bebidas açucaradas são particularmente eficazes na redução do consumo e na melhoria da saúde entre os consumidores de renda mais baixa, porque esse grupo responde melhor aos aumentos de preços.⁴¹⁰ Isso é importante porque usualmente as pessoas de baixa renda sofrem desproporcionalmente os efeitos nocivos da obesidade.^{411,412,413,414,415}
- A aprovação e implementação de impostos sobre bebidas açucaradas aumentam a consciência pública sobre os danos associados às bebidas açucaradas e incentivam a indústria de bebidas a reformular seus produtos e comercializar bebidas mais saudáveis.^{416,417,418}

C. Outros benefícios dos tributos a bebidas açucaradas

- Além dos custos econômicos e humanos de danos relacionados à saúde devido ao consumo de bebidas açucaradas, também há grandes custos ambientais relacionados à produção de bebidas açucaradas (principalmente de água e emissão de carbono).^{419,420,421}

⁴⁰⁸ POWELL, L.M.; CHRIQUI, J.F.; KHAN, T.; WADA, R.; CHALOUKKA, F.J. Assessing the potential effectiveness of food and beverage taxes and subsidies for improving public health: a systematic review of prices, demand and body weight outcomes. **Obesity Reviews**, v. 14, 2, p.110-28, 2013.

⁴⁰⁹ SILVER, L.D.; NG, S.W.; RYAN-IBARRA, S.; TAILLIE, L.S.; INDUNI, M.; MILES, D.R.; et al. Changes in prices, sales, consumer spending, and beverage consumption one year after a tax on sugar-sweetened beverages in Berkeley, California, US: A before-and-after study. **PLOS Medicine**, v. 14, 4, e1002283. 2017.

⁴¹⁰ COLCHERO, M.A.; RIVERA-DOMMARCO, J.; POPKIN, B.M.; NG, S.W. In Mexico, Evidence Of Sustained Consumer Response Two Years After Implementing A Sugar-Sweetened Beverage Tax. **Health Affairs**, v. 36, n. 3, p.564-71, 2017.

⁴¹¹ JONES-SMITH, J.C.; GORDON-LARSEN, P.; SIDDIQI, A.; POPKIN, B.M. Emerging disparities in overweight by educational attainment in Chinese adults (1989-2006). **Int J Obes.**, v. 36, n. 6, p. 866-75, 2012.

⁴¹² JONES-SMITH, J.C.; GORDON-LARSEN, P.; SIDDIQI, A.; POPKIN, B.M. Is the burden of overweight shifting to the poor across the globe[quest] Time trends among women in 39 low- and middle-income countries (1991-2008). **Int J Obes.**, v. 36, n.8, p.1114-20, 2012.

⁴¹³ MONTEIRO, C.A.; MOURA, E.C.; CONDE, W.L.; POPKIN, B.M. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 82, n.12, p. 940-6, 2004.

⁴¹⁴ DI CESARE, M.; KHANG, Y-H.; ASARIA, P.; BLAKELY, T.; COWAN, M.J.; FARZADFAR, F.; et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. **The Lancet**, v. 381, 9866, p. 585-97, 2013.

⁴¹⁵ STEVENS, G.; DIAS, R.H.; THOMAS, K.J.; RIVERA, J.A.; CARVALHO, N.; BARQUERA, S.; et al. Characterizing the epidemiological transition in Mexico: national and subnational burden of diseases, injuries, and risk factors. **PLoS Med.**, v. 5, 6, e125, 2008.

⁴¹⁶ DONALDSON, E. **Advocating for Sugar-Sweetened Beverage Taxation: A Case Study Of Mexico**. Baltimore, Md.: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2015.

⁴¹⁷ BRIGGS, A.D.M.; MYTTON, O.T.; KEHLBACHER, A.; TIFFIN, R.; ELHUSSEIN, A.; RAYNER, M.; et al. Health impact assessment of the UK soft drinks industry levy: a comparative risk assessment modelling study. **The Lancet Public Health**, v. 2, n.1, e15-e22, 2017.

⁴¹⁸ ROACHE, S.A.; GOSTIN, L.O. The Untapped Power of Soda Taxes: Incentivizing Consumers, Generating Revenue, and Altering Corporate Behavior. **International Journal of Health Policy and Management**. 2017.

D. A experiência global de tributos a bebidas açucaradas

Diversos países, cidades e estados possuem a experiência de implementação de tributação sobre bebidas açucaradas tendo em vista a diminuição da demanda de consumo pela população. Vejamos algumas experiências e as evidências científicas de avaliação de efetividade de tais políticas:

- O México atingiu a maior taxa mundial de consumo de bebidas açucaradas. A introdução de um modesto imposto sobre bebidas açucaradas em 2014 de um peso mexicano por litro (cerca de 10% de imposto) reduziu efetivamente o consumo de bebidas açucaradas e é reconhecido globalmente como uma política de saúde pública positiva e bem-sucedida. Depois que o imposto foi implementado, verificou-se uma redução significativa nas compras de bebidas açucaradas,⁴²² aumentos na compra de água⁴²³ e nenhum impacto no total de empregos⁴²⁴.
- A experiência mexicana de imposto à bebidas açucaradas reduziu significativamente o consumo entre os consumidores de renda mais baixa e consumidores de grandes volumes, obtendo assim benefícios para a saúde entre os dois grupos com maior risco para a saúde⁴²⁵. Depois que o imposto entrou em vigor por um ano, as compras de bebidas açucaradas entre o terço mais pobre da população foram reduzidas em 9%, em comparação com a redução de 6%

⁴¹⁹ ERCIN, A.E.; ALDAYA, M.M.; HOEKSTRA, A.Y. Corporate water footprint accounting and impact assessment: the case of the water footprint of a sugar-containing carbonated beverage. *Water Resources Management*, v. 25, n.2, p. 721-41, 2011.

⁴²⁰ HOEKSTRA, A.Y.; CHAPAGAIN, A.K. Water footprints of nations: Water use by people as a function of their consumption pattern. *Water Resources Management*, v. 21, p. 35-48, 2007.

⁴²¹ HOEKSTRA, A.Y. *The water footprint of modern consumer society*. Routledge, 2013.

⁴²² COLCHERO, M.A.; SALGADO, J.C.; UNAR-MUNGUÍA, M.; MOLINA, M.; NG, S.; RIVERA-DOMMARCO, J.A. Changes in Prices After an Excise Tax to Sweetened Sugar Beverages Was Implemented in Mexico: Evidence from Urban Areas. *PLoS ONE*, v. 10, 12, e0144408, 2015.

⁴²³ COLCHERO, M.A.; POPKIN, B.M.; RIVERA, J.A.; NG, S.W. Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. *BMJ*, v. 352, 2016.

⁴²⁴ GUERRERO-LÓPEZ, C.M.; MOLINA, M.; COLCHERO, M.A. Employment changes associated with the introduction of taxes on sugar-sweetened beverages and nonessential energy-dense food in Mexico. *Preventive Medicine*. 105S, S43-S49, dec. 2017.

⁴²⁵ NG, S.W.; POPKIN, B.M.; COLCHERO, M.A. *Did high purchasers respond differently to the excise tax to sugar sweetened beverages in Mexico*. Cuernavaca and Chapel Hill: INSP-UNC; 2016.

na média.⁴²⁶ No segundo ano do imposto, ao contrário dos pronunciamentos do setor produtivo, as vendas *per capita* e as compras de bebidas açucaradas diminuiram ainda mais.⁴²⁷

- Pesquisas mexicanas mostram que, após o imposto, as bebidas açucaradas estavam sendo substituídas por bebidas mais saudáveis.⁴²⁸ As compras de água no primeiro ano após o imposto sobre bebidas açucaradas aumentaram em cerca de 4%.
- Uma redução de 10% no consumo de bebidas açucaradas entre adultos mexicanos de 2013 a 2022 resultaria em 189.300 menos casos de diabetes tipo 2, 20.400 menos derrames e ataques cardíacos, 18.900 menos mortes e uma economia de 983 milhões de dólares no México.⁴²⁹
- Com base na redução de consumo de bebidas açucaradas do primeiro ano de imposto no México, estima-se que 10 anos após a implementação, o imposto sobre bebidas açucaradas resultará em uma redução média de 2,5% na prevalência de obesidade (com as maiores reduções para grupos de renda mais baixa).⁴³⁰ Melhorias na saúde por meio de impostos sobre bebidas açucaradas beneficiam a economia, contradizendo alegações dos que se opõem a essa medida. Não houve diminuição no emprego total, e a população trabalhadora pode se tornar mais saudável e mais produtiva.
- No México, o emprego em lojas que vendem alimentos e bebidas, inclusive no setor de fabricação de bebidas, não diminuiu depois da implementação do imposto sobre as bebidas açucaradas. Isso se deve à compra de alimentos e bebidas substitutivos, como de água, por exemplo⁴³¹.
- Em Berkeley, Califórnia – EUA, mesmo com alta-renda e baixo consumo de bebidas açucaradas, o imposto sobre bebidas açucaradas teve impactos positivos na redução das

⁴²⁶ COLCHERO, M.A.; POPKIN, B.M.; RIVERA, J.A.; NG, S.W. Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. **BMJ**, v. 352, 2016.

⁴²⁷ COLCHERO, M.A.; RIVERA-DOMMARCO, J.; POPKIN, B.M.; NG, S.W. In Mexico, Evidence Of Sustained Consumer Response Two Years After Implementing A Sugar-Sweetened Beverage Tax. **Health Affairs**, v. 36, n. 3, p. 564-71, 2017.

⁴²⁸ COLCHERO, M.A.; POPKIN, B.M.; RIVERA, J.A.; NG, S.W. op. cit. 2016.

⁴²⁹ NG, S.W.; POPKIN, B.M.; COLCHERO, M.A. op. cit., 2016.

⁴³⁰ BARRIENTOS-GUTIERREZ, T.; et al. Expected population weight and diabetes impact of the 1-peso-per-litre tax to sugar sweetened beverages in Mexico. **PLOS ONE**, v. 12, 5, e0176336, 2017.

⁴³¹ GUERRERO-LÓPEZ, C.M.; MOLINA, M.; COLCHERO, M.A. op. cit. 2017.

compras desses produtos e na frequência de consumo, aumentando as vendas e frequência de consumo de água.^{432,433}

- A OMS e outros especialistas globais recomendam que os impostos sobre bebidas açucaradas devem ser aplicados de modo a resultar em um aumento mínimo de 20% no preço final para o consumidor para ter um impacto significativo.^{434,435,436,437,438}
- O Reino Unido, a Irlanda, a Arábia Saudita, os Emirados Árabes Unidos, a Índia, a África do Sul e muitos outros países e cidades implementaram impostos de 20% sobre bebidas açucaradas ou ainda superiores como estratégia essencial para alcançar benefícios significativos à saúde.^{439,440,441,442,443}
- Impostos sobre outros produtos não saudáveis também mostram resultados positivos. Na Hungria e na Dinamarca os impostos sobre produtos alimentícios não saudáveis mostraram impactos positivos semelhantes na redução de compras, assim como no México, com

⁴³² SILVER, L.D.; NG, S.W.; RYAN-IBARRA, S.; TAILLIE, L.S.; INDUNI, M.; MILES, D.R. et al. Changes in prices, sales, consumer spending, and beverage consumption one year after a tax on sugar-sweetened beverages in Berkeley, California, US: A before-and-after study. **PLoS Medicine**, v. 14, 4, e1002283, 2017.

⁴³³ FALBE, J.; THOMPSON, H.R.; BECKER, C.M.; ROJAS, N.; MCCULLOCH, C.E.; MADSEN, K.A. Impact of the Berkeley Excise Tax on Sugar-Sweetened Beverage Consumption. **American Journal of Public Health**, e1-e7, 2016.

⁴³⁴ WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (Nutrition Physical Activity and Obesity Programme). **Using price policies to promote healthier diets**. In: Lifecourse DoNDat, editor. Brussels: WHO European Regional Office; 2015, p. 41.

⁴³⁵ BRIGGS, A.D.M.; MYTTON, O.T.; KEHLBACHER, A.; TIFFIN, R.; RAYNER, M.; SCARBOROUGH, P. Overall and income specific effect on prevalence of overweight and obesity of 20% sugar sweetened drink tax in UK: econometric and comparative risk assessment modelling study. **BMJ**, v. 347, 2013.

⁴³⁶ LONG, M.W.; GORTMAKER, S.L.; WARD, Z.J.; RESCH, S.C.; MOODIE, M.L.; SACKS, G.; et al. Cost Effectiveness of a Sugar-Sweetened Beverage Excise Tax in the U.S. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 49, 1, p. 112-23, 2015.

⁴³⁷ VEERMAN, J.L.; SACKS, G.; ANTONOPOULOS, N.; MARTIN, J. The Impact of a Tax on Sugar-Sweetened Beverages on Health and Health Care Costs: A Modelling Study. **PLoS ONE**, v. 11, 4, e0151460, 2016.

⁴³⁸ WRIGHT, A.; SMITH, K.E.; HELLOWELL, M. Policy lessons from health taxes: a systematic review of empirical studies. **BMC public health**, v. 17,1, p. 583, 2017.

⁴³⁹ MANYEMA, M.; VEERMAN, L.J.; CHOLA, L.; TUGENDHAFT, A.; SARTORIUS, B.; LABADARIOS, D.; et al. The potential impact of a 20% tax on sugar-sweetened beverages on obesity in South African adults: A mathematical model. **PloS one**, v. 9, n.8, e105287, 2014.

⁴⁴⁰ BRIGGS, A.D.M.; MYTTON, O.T.; KEHLBACHER, A.; TIFFIN, R.; RAYNER, M.; SCARBOROUGH, P. Overall and income specific effect on prevalence of overweight and obesity of 20% sugar sweetened drink tax in UK: econometric and comparative risk assessment modelling study. **BMJ**, v. 347, 2013.

⁴⁴¹ ENCARNAÇÃO, R.; LLOYD-WILLIAMS, F.; BROMLEY, H.; CAPEWELL, S. Obesity prevention strategies: could food or soda taxes improve health? **The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh**, v. 46, 1, p. 32-8, 2016.

⁴⁴² BOSELEY S. Doctors demand a 20% tax on sugary drinks to fight UK obesity epidemic. **The Guardian**. 2015.

⁴⁴³ DONNELLY, L. Gordhan announces sugar tax. **Mail & Guardian**. 2016.

experiência de imposto sobre alimentos não essenciais.^{444,445,446} Os impostos sobre o tabaco têm desempenhado um papel importante na redução do uso do tabaco em diversas partes do mundo.

Em revisão realizada pelo *Global Food Research Program UNC*, atualizada em maio de 2019, temos no mundo, os seguintes países e localidades com experiências de tributação de bebidas açucaradas⁴⁴⁷:

Américas: Bermuda, México, Dominica, Barbados, Panamá, Colômbia, Peru, Chile, Estados Unidos (Seattle, WA; San Francisco, CA; Albany, CA; Berkeley, CA; Oakland, CA; Boulder, CO; Navajo Nation; Philadelphia, PA).

Europa: Noruega, Finlândia, Estônia, Latvia, Reino Unido, Irlanda, Bélgica, França, Hungria, Espanha (Catalunha), Portugal, St. Helena)

África, Oriente Médio e Sudeste Asiático: Marrocos, Arábia Saudita, Barém, Catar, Emirados Árabes Unidos, Índia, Sri Lanka, Tailândia, Malásia, Maldivas, Maurício, África do Sul.

Pacífico Ocidental: Filipinas, Brunei, Ilhas Cook, Fiji, Palau, Polinésia Francesa, Kiribati, Nauru, Samoa, Tonga, Vanuatu.

6.2 Regulação do *marketing* de alimentos não saudáveis para crianças

As práticas de *marketing* de alimentos não saudáveis para crianças são consideradas um dos motores da promoção de maus hábitos alimentares, que por conseguinte, colaboram para a obesidade infantil. A Organização Mundial da Saúde^{448, 449} e Organização Pan-

⁴⁴⁴ BÍRÓ, A. Did the junk food tax make the Hungarians eat healthier? **Food Policy**, v. 54, p.107-15, 2015.

⁴⁴⁵ JENSEN, J.D.; SMED, S. The Danish tax on saturated fat – Short run effects on consumption, substitution patterns and consumer prices of fats. **Food Policy**, v. 42(0), p.18-31, 2013.

⁴⁴⁶ BATIS, C.; RIVERA, J.A.; POPKIN, B.M.; TAILLIE, L.S. First-Year Evaluation of Mexico's Tax on Nonessential Energy-Dense Foods: An Observational Study. **PLoS Med**, v. 13, 7, e1002057, 2016.

⁴⁴⁷ GLOBAL FOOD RESEARCH PROGRAM AT UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA AT CHAPEL HILL. **Sugary Drink Taxes around the World**. May, 2019. Disponível online em: <

<http://globalfoodresearchprogram.web.unc.edu/multi-country-initiative/resources/>>. Acesso em: 13 Ago 2019.

⁴⁴⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity**: report of the ad hoc working group on science and evidence for ending childhood obesity. Geneva, Switzerland, 2016.

Americana da Saúde⁴⁵⁰, e várias organizações governamentais e não governamentais, incluindo a União Europeia⁴⁵¹, a *World Cancer Research Fund*⁴⁵², entre outras, inequivocamente recomendam proteger as crianças da exposição ao *marketing* de alimentos não saudáveis como uma medida crucial para deter o aumento da obesidade infantil, por meio da restrição ou banimento do *marketing* direcionado ao público infantil.

Abaixo, reunimos evidências que tem fundamentado a recomendação de regulação do *marketing* infantil de alimentos como medida de prevenção da obesidade infantil.⁴⁵³

A. Por que é necessário restringir o *marketing* de alimentos para crianças?

(i) *Crianças são amplamente expostas ao marketing de alimentos não saudáveis*

- Crianças são amplamente expostas ao *marketing* de alimentos: o dia todo, todos os dias, nos locais onde vivem, aprendem e brincam (na TV, na escola e nos esportes, nas lojas, no cinema, em dispositivos móveis e on-line).^{454,455,456,457}

⁴⁴⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, Regional Office for Europe. **Tackling food marketing to children in a digital world: trans-disciplinary perspectives**. Copenhagen, Denmark, 2016.

⁴⁵⁰ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations from a Pan American Health Organization Expert Consultation on the Marketing of Food and Non-Alcoholic Beverages to Children in the Americas**. Washington, DC, 2011.

⁴⁵¹ EUROPEAN UNION. **Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020**. 2014.

⁴⁵² WORLD CANCER RESEARCH FUND INTERNATIONAL. **NOURISHING Framework: Restrict food advertising and other forms of commercial promotion**. 2016. Disponível em: < <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Restrict-advertising.pdf>>. Acesso em: 18 Ago 2019.

⁴⁵³ Todas as referências científicas trazidas nessa sessão foram organizadas e citadas pelo *Global Food Research Program da University of North Carolina at Chapel Hill*. Não realizamos consulta direta de todas as referências a seguir enumeradas, porém escolhemos trazê-las nesse trabalho a fim de evidenciar o embasamento científico de todas as conclusões. Portanto, alertamos que as referências a seguir citadas foram extraídas de:

GLOBAL FOOD RESEARCH PROGRAM AT UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA AT CHAPEL HILL. **Marketing Unhealthy Foods to Kids – Why Regulation is Critical to Reducing Obesity**. December, 2016. Disponível online em: < <http://globalfoodresearchprogram.web.unc.edu/multi-country-initiative/resources/>>.

Acesso em: 13 Ago 2019.

⁴⁵⁴ PALMER E, CARPENTER C. Food and Beverage Marketing to Children and Youth: Trends and Issues. **Media Psychology**, v. 8, n.2, p.165-190, 2006.

⁴⁵⁵ MCGINNIS, J.M.; GOOTMAN, J.A.; KRAAK, V.I. **Food marketing to children and youth: threat or opportunity?** National Academies Press, 2006.

⁴⁵⁶ FEDERAL TRADE COMMISSION. **A Review of Food Marketing to Children and Adolescents: Follow-Up Report**. 2012.

⁴⁵⁷ HARRIS, J.L.; POMERANZ, J.L.; LOBSTEIN, T.; BROWNELL, K.D. A crisis in the marketplace: how food marketing contributes to childhood obesity and what can be done. **Annu Rev Public Health**, v. 30, p. 211-225, 2009.

- Enquanto a televisão tem sido, historicamente, o principal meio para alcançar crianças, mais recentemente observa-se a explosão do *marketing* por meio de mídias *online* como mídias sociais, celular, viral com elementos de imersão, interatividade, conteúdo gerado por usuários, sofisticados recursos de segmentação baseada em localização e demografia, o que trouxe aos profissionais de *marketing* mais ferramentas para atingir o público jovem.^{458,459,460,461}
- Publicitários usam cada vez mais práticas de *marketing* como: embalagens promocionais; *displays* de ponto de compra; posicionamento de produto (*product placement*) em locais estratégicos para apelo ao público infantil; videogames; ambientes imersivos *online* e móveis (como mídias sociais, *advergaming*, aplicativos de marca); *marketing* viral; *marketing* na escola; patrocínio de eventos de caridade; patrocínios esportivos.
- Alimentos e bebidas são promovidos a crianças mais do que qualquer outro tipo de produto e em proporção muito maior do que para adultos.^{462,463}
- A grande maioria dos produtos promovidos são densos em calorias e pobres em nutrientes, com açúcar, gordura saturada e sódio bem acima dos níveis recomendados (por exemplo, cereais matinais açucarados, refrigerantes, doces, salgadinhos e *fast foods*).^{464, 465, 466, 467,468,469,470,471,472,473,474}

⁴⁵⁸ MONTGOMERY, K.C.; CHESTER, J. Interactive food and beverage marketing: targeting adolescents in the digital age. **J Adolesc Health**, v. 45, 3 Suppl, S18-29, 2009.

⁴⁵⁹ MCGINNIS, J.M.; GOOTMAN, J.A.; KRAAK, V.I. op. cit., 2006.

⁴⁶⁰ COMMON SENSE MEDIA. **Advertising to Children and Teens: Current Practices**. 2014.

⁴⁶¹ CHEYNE, A.D.; DORFMAN, L.; BUKOFZER, E.; HARRIS, J.L. Marketing sugary cereals to children in the digital age: a content analysis of 17 child targeted websites. **J Health Commun**, v. 18, 5, p. 563-582, 2013.

⁴⁶² CAIRNS, G.; ANGUS, K.; HASTINGS, G.; CARAHER, M. Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children. A retrospective summary. **Appetite**, v. 62, p. 209-215, 2013.

⁴⁶³ KELLY, B.; HALFORD, J.C.; BOYLAND, E.J.; et al. Television food advertising to children: a global perspective. **American Journal of Public Health**, v. 100, 9, p. 1730-1736, 2010.

⁴⁶⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity**: report of the ad hoc working group on science and evidence for ending childhood obesity. Geneva, Switzerland, 2016.

⁴⁶⁵ CAIRNS, G.; ANGUS, K.; HASTINGS, G.; CARAHER, M. op. cit. 2013

⁴⁶⁶ PALMER, E.; CARPENTER, C. Food and Beverage Marketing to Children and Youth: Trends and Issues. **Media Psychology**, v. 8, n. 2, p.165-190, 2006.

⁴⁶⁷ MCGINNIS, J.M.; GOOTMAN, J.A.; KRAAK, V.I. op. cit. 2006.

⁴⁶⁸ FEDERAL TRADE COMMISSION. op. cit. 2012.

⁴⁶⁹ HARRIS, J.L.; POMERANZ, J.L.; LOBSTEIN, T.; BROWNELL, K.D. A crisis in the marketplace: how food marketing contributes to childhood obesity and what can be done. **Annu Rev Public Health**, v. 30, p.211-225, 2009.

⁴⁷⁰ CHEYNE, A.D.; DORFMAN, L.; BUKOFZER, E.; HARRIS, J.L. op. cit. 2013.

⁴⁷¹ KELLY, B.; HALFORD, J.C.; BOYLAND, E.J.; et al. Television food advertising to children: a global perspective. **American Journal of Public Health**, v. 100, n.9, p.1730-1736, 2010.

- Crianças são expostas de forma repetitiva ao *marketing* que retrata o consumo ilimitado de alimentos não saudáveis como algo divertido, descolado, empolgante, e sem consequências negativas. ^{475,476}
- As indústrias de produtos alimentícios, bebidas e restaurantes gastam bilhões de dólares todos os anos para atingir crianças com *marketing* e milhões de dólares fazendo *lobby* contra medidas regulatórias, o que demonstra o grande investimento no *marketing* infantil. ^{477,478,479,480,481 ,482}
- As empresas de alimentos têm como alvo as crianças por diversos motivos, seja porque podem ser consumidores diretos, gastando seu próprio dinheiro; ou por terem forte poder de influência sobre o que as famílias compram (por meio do “fator amolação” ou pedidos de compra); ou porque o estabelecimento de fidelidade à marca no início da vida trará às empresas recompensas financeiras de longo prazo. ^{483,484,485,486,487,488,489,490}

⁴⁷² MATTHEWS, A.E. Children and obesity: a pan-European project examining the role of food marketing. **The European Journal of Public Health**, v. 18, n. 1, p. 7-11, 2008.

⁴⁷³ AMERICAN HEART ASSOCIATION. Children should eat less than 25 grams of added sugars daily. 2016.

⁴⁷⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children, p.1095-8304, 2013.

⁴⁷⁵ HARRIS, J.L.; POMERANZ, J.L.; LOBSTEIN, T.; BROWNELL, K.D. op. cit. 2009.

⁴⁷⁶ HARRIS, J.L.; BROWNELL, K.D.; BARGH, J.A. The Food Marketing Defense Model: Integrating Psychological Research to Protect Youth and Inform Public Policy. **Soc Issues Policy Rev.**, v. 3, n. 1, p.211-271, 2009.

⁴⁷⁷ FEDERAL TRADE COMMISSION. op. cit. 2012.

⁴⁷⁸ MATTHEWS, A.E. op. cit. 2008.

⁴⁷⁹ HAWKES, C. **Marketing Food to Children. The Regulatory Framework**. Geneva: World Health Organization, 2004.

⁴⁸⁰ SIMON, M. Can Food Companies Be Trusted to Self-Regulate-An Analysis of Corporate Lobbying and Deception to Undermine Children's Health. **Loy. LAL Rev.**, v. 39, 169, 2006.

⁴⁸¹ DUFF, W.; ROBERTS, J. **Special Report: How Washington went soft on childhood obesity**. 2012. <http://www.reuters.com/article/us-usafoodlobby-idUSBRE83Q0ED20120427>.

⁴⁸² HAWKES, C. Regulating and litigating in the public interest: regulating food marketing to young people worldwide: trends and policy drivers. **American Journal of Public Health**, v. 97, n.11, p.1962-1973, 2007.

⁴⁸³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity: report of the ad hoc working group on science and evidence for ending childhood obesity**. Geneva, Switzerland. 2016.

⁴⁸⁴ CAIRNS, G.; ANGUS, K.; HASTINGS, G.; CARAHER, M. op. cit. 2013

⁴⁸⁵ MCGINNIS, J.M.; GOOTMAN, J.A.; KRAAK. op. cit.; 2006.

⁴⁸⁶ HARRIS, J.L.; BROWNELL, K.D.; BARGH, J.A. op. cit. 2009.

⁴⁸⁷ BOYLAND, E.J.; WHALEN, R. Food advertising to children and its effects on diet: review of recent prevalence and impact data. **Pediatr Diabetes**, v. 16, n.5, p. 331-337, 2015.

⁴⁸⁸ STORY, M.; FRENCH, S. Food advertising and marketing directed at children and adolescents in the US. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 1, n.1, p.1, 2004.

⁴⁸⁹ HUANG, C.Y.; REISCH, L.A.; GWOZDZ, W.; et al. Pester power and its consequences: do European children's food purchasing requests relate to diet and weight outcomes? **Public Health Nutr.**, v. 1-11, 2016.

(ii) *O marketing de alimentos não saudáveis é nocivo à saúde das crianças*

- A OMS e várias organizações não governamentais de saúde apontam o amplo *marketing* de alimentos não saudáveis para crianças como um fator de risco significativo para a obesidade infantil. ^{491,492,493,494,495,496,497,498}
- O *marketing* para crianças pode ter consequências para a vida toda, à medida que os hábitos alimentares e as preferências infantis tendem a persistir ao longo da vida, e estima-se um risco em dobro de crianças com sobrepeso se tornarem adultos com sobrepeso em relação a crianças com peso normal. ⁴⁹⁹
- Crianças são extremamente vulneráveis ao *marketing* de alimentos. Em termos de desenvolvimento, elas são altamente impressionáveis, ainda não reconhecem a intenção da publicidade, não têm conhecimento nutricional e são motivadas por gratificação imediata e não de longo prazo. ^{500,501,502}
- Diversas pesquisas demonstram consistentemente que:

⁴⁹⁰ KELLY, B.; KING, M.L.; CHAPMAN, M.K.; BOYLAND, E.; BAUMAN, A.E.; BAUR, L.A. A hierarchy of unhealthy food promotion effects: identifying methodological approaches and knowledge gaps. **American journal of public health**, v. 105, 4:e86-e95, 2015.

⁴⁹¹ EBBELING, C.B.; PAWLAK, D.B.; LUDWIG, D.S. Childhood obesity: public health crisis, common sense cure. **The Lancet**, v. 360, 9331, p. 473-482, 2002.

⁴⁹² CAIRNS G, ANGUS K, HASTINGS G, CARAHER M. op. cit. 2013.

⁴⁹³ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations from a Pan American Health Organization Expert Consultation on the Marketing of Food and Non-Alcoholic Beverages to Children in the Americas**. Washington, DC, 2011.

⁴⁹⁴ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Childhood Obesity Causes & Consequences 2015. Disponível em: <https://www.cdc.gov/obesity/childhood/causes.html>. Acesso em: 18 Ago 2019.

⁴⁹⁵ LOBSTEIN, T.; JACKSON-LEACH, R.; MOODIE, M.L.; et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. **The Lancet**, v. 385, 9986, p.2510-2520, 2015.

⁴⁹⁶ SWINBURN, B.A.; SACKS, G.; HALL, K.D.; et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. **The Lancet**, v. 378, 9793, p. 804-814, 2011.

⁴⁹⁷ GEARHARDT, A.N.; BRAGG, M.A.; PEARL, R.L.; SCHVEY, N.A.; ROBERTO, C.A.; BROWNELL, K.D. Obesity and public policy. **Annu Rev Clin Psychol.**, v. 8, p. 405-430, 2012.

⁴⁹⁸ MCGINNIS, J.M.; GOOTMAN, J.A.; KRAAK. op. cit.; 2006.

⁴⁹⁹ SINGH, A.S.; MULDER, C.; TWISK, J.W.; VAN MECHELEN, W.; CHINAPAW, M.J. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. **Obes Rev.**, v. 9, n.5, p.474-488, 2008.

⁵⁰⁰ SWINBURN, B.A.; SACKS, G.; HALL, K.D.; et al. op. cit. 2011.

⁵⁰¹ MCGINNIS, J.M.; GOOTMAN, J.A.; KRAAK. op. cit.; 2006.

⁵⁰² HARRIS, J.L.; BROWNELL, K.D.; BARGH, J.A. op. cit. 2009.

- O *marketing* aumenta a conscientização, o reconhecimento e a lembrança das marcas pelas crianças, afetando-as desde a pré-escola. ^{503,504,505,506,507,508,509}
- A exposição ao *marketing* de forma repetitiva leva a associações positivas e preferências à marca - não apenas para produtos promovidos, mas para categorias inteiras de *junk food*. ^{510,511,512,513,514,515}
- O tempo gasto assistindo TV e a exposição a anúncios televisivos de alimentos não saudáveis estão associados ao aumento do consumo de *fast food* ⁵¹⁶, dos alimentos anunciados (majoritariamente não saudáveis) e de calorias pelo público infantil. ^{517,518,519,520}
- O *marketing* ajuda a criar e reforçar normas sociais em torno de quais alimentos são bons e como e quando consumi-los - muitas vezes retratado fora do horário de refeições, longe da mesa e em quantidades ilimitadas. ^{521,522}

⁵⁰³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. op. cit.. 2016.

⁵⁰⁴ CAIRNS, G.; ANGUS, K.; HASTINGS, G.; CARAHER, M. op. cit. 2013.

⁵⁰⁵ MCGINNIS, J.M.; GOOTMAN, J.A.; KRAAK. op. cit.; 2006.

⁵⁰⁶ HARRIS, J.L.; BROWNELL, K.D.; BARGH, J.A. op. cit. 2009.

⁵⁰⁷ KELLY, B.; KING, M.L.; CHAPMAN, M.K.; BOYLAND, E.; BAUMAN, A.E.; BAUR, L.A. op. cit. 2015.

⁵⁰⁸ TATLOW-GOLDEN, M.; HENNESSY, E.; DEAN, M.; HOLLYWOOD, L. Young children's food brand knowledge. Early development and associations with television viewing and parent's diet. **Appetite**, v. 80, p.197-203, 2014.

⁵⁰⁹ ROBERTO, C.A.; BAIK, J.; HARRIS, J.L.; BROWNELL, K.D. Influence of licensed characters on children's taste and snack preferences. **Pediatrics**, v. 126, 1, p. 88-93, 2010.

⁵¹⁰ CAIRNS, G.; ANGUS, K.; HASTINGS, G.; CARAHER, M. op. cit. 2013.

⁵¹¹ HARRIS, J.L.; POMERANZ, J.L.; LOBSTEIN, T.; BROWNELL, K.D. op. cit. 2009.

⁵¹² KELLY, B.; KING, M.L.; CHAPMAN, M.K.; BOYLAND, E.; BAUMAN, A.E.; BAUR, L.A. op. cit. 2015.

⁵¹³ ROBINSON, T.N.; BORZEKOWSKI, D.L.; MATHESON, D.M.; KRAEMER, H.C. Effects of fast food branding on young children's taste preferences. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, v. 161, n.8, p.792-797, 2007.

⁵¹⁴ SADEGHIRAD, B.; DUHANEY, T.; MOTAGHIPISHEH, S.; CAMPBELL, N.R.; JOHNSTON, B.C. Influence of unhealthy food and beverage marketing on children's dietary intake and preference: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. **Obes Rev**. 2016.

⁵¹⁵ HASTINGS, G.; STEAD, M.; MCDERMOTT, L.; et al. **Review of research on the effects of food promotion to children**. London: Food Standards Agency. 2003.

⁵¹⁶ TAVERAS, E.M.; SANDORA, T.J.; SHIH, M.C.; ROSS-DEGNAN, D.; GOLDMANN, D.A.; GILLMAN, M.W. The Association of Television and Video Viewing with Fast Food Intake by Preschool-Age Children. **Obesity**, v. 14, n. 11, p. 2034-2041, 2006.

⁵¹⁷ GILBERT-DIAMOND, D.; EMOND, J.; LANSIGAN, R.; et al. Television food advertisement exposure and FTO rs9939609 genotype in relation to excess consumption in children. **International Journal of Obesity**. 2016.

⁵¹⁸ EMOND, J.A.; LANSIGAN, R.K.; RAMANUJAM, A.; GILBERT-DIAMOND, D. Randomized Exposure to Food Advertisements and Eating in the Absence of Hunger Among Preschoolers. **Pediatrics**, e20162361, 2016.

⁵¹⁹ WIECHA, J.L.; PETERSON, K.E; LUDWIG, D.S.; KIM, J.; SOBOL, A.; GORTMAKER, S.L. When children eat what they watch: impact of television viewing on dietary intake in youth. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 160, n.4, p.436-442, 2006.

⁵²⁰ UTTER, J.; SCRAGG, R.; SCHAAF, D. Associations between television viewing and consumption of commonly advertised foods among New Zealand children and young adolescents. **Public health nutrition**, v. 9, n.05, p. 606-612, 2006.

- O posicionamento de produtos ao nível dos olhos da criança, embalagens atraentes e brindes e brinquedos nos locais de venda e restaurantes aumentam o desejo imediato das crianças de comprar um item e “importunar” os pais para comprá-lo.^{523,524}

- As crianças consomem mais produtos promovidos e desenvolvem preferências duradouras sobre esses produtos, o que influencia na identidade e hábitos alimentares ao longo da vida.
525,526,527,528,529,530

• A constante exposição das crianças ao *marketing* de alimentos e bebidas não recomendadas para uma alimentação saudável é inerentemente injusta e exploradora, e prejudica os esforços dos pais, da escola, da comunidade e do governo para criar crianças saudáveis e prevenir o excesso de peso, obesidade e doenças dispendiosas.^{531,532}

(iii) Regulações governamentais abrangentes podem proteger o público infantil

• Para que tenha efetividade, regulamentações do *marketing* de alimentos devem designar os tipos de alimentos e bebidas regulamentados, os canais por meio dos quais eles são comercializados (por exemplo, televisão, escolas, etc.) e as audiências atingidas. São necessárias regulamentações vinculantes com ampla cobertura dos diversos meios de *marketing* e com padrões nutricionais claros.^{533,534}

⁵²¹ HARRIS, J.L.; POMERANZ, J.L.; LOBSTEIN, T.; BROWNELL, K.D. op. cit.. 2009.

⁵²² HARRIS, J.L.; BROWNELL, K.D.; BARGH, J.A. op. cit. 2009.

⁵²³ CAIRNS, G.; ANGUS, K.; HASTINGS, G.; CARAHER, M. Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children. A retrospective summary. **Appetite**, v. 62, p. 209-215, 2013.

⁵²⁴ KELLY, B.; KING, M.L.; CHAPMAN, M.K; BOYLAND, E.; BAUMAN, A.E.; BAUR, L.A. op. cit. 2015.

⁵²⁵ CAIRNS, G.; ANGUS, K.; HASTINGS, G.; CARAHER, M. op. cit. 2013

⁵²⁶ HARRIS, J.L.; BROWNELL, K.D.; BARGH, J.A. op. cit. 2009.

⁵²⁷ KELLY, B.; KING, M.L.; CHAPMAN, M.K; BOYLAND, E.; BAUMAN, A.E.; BAUR, L.A. op. cit. 2015.

⁵²⁸ SADEGHIRAD, B.; DUHANEY, T.; MOTAGHIPISHEH, S.; CAMPBELL, N.R.; JOHNSTON, B.C. op. cit., 2016.

⁵²⁹ FOLKVORD, F.; ANSCHUTZ, D.J.; NEDERKOORN, C.; WESTERIK, H.; BUIJZEN, M. Impulsivity, "advergaming," and food intake. **Pediatrics**, v. 133, n.6, p.1007-1012, 2014.

⁵³⁰ HALFORD, J.C.; BOYLAND, E.J.; HUGHES, G.; OLIVEIRA, L.P.; DOVEY, T.M. Beyondbrand effect of television (TV) food advertisements/commercials on caloric intake and food choice of 5–7-year-old children. **Appetite**, v. 49, 1, p. 263-267, 2007.

⁵³¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. op. cit. 2016.

⁵³² FOLKVORD, F.; ANSCHÜTZ, D.J.; BOYLAND, E.; KELLY, B.; BUIJZEN, M. Food advertising and eating behavior in children. **Current Opinion in Behavioral Sciences**, v. 9, p. 26-31, 2016.

⁵³³ SWINBURN, B.; SACKS, G.; LOBSTEIN, T.; RIGBY, N.; BAUR, L.A. Short communication: The ‘Sydney Principles’ for reducing the commercial promotion of foods and beverages to children. **Public health nutrition**, v. 11, n.9, p.881-886, 2008.

- Os formuladores de regulamentações devem considerar:
 - Desenvolvimento de definições amplas do “público infantil”^{535,536,537,538}
 - Adoção de definições internacionais e padronizadas de perfis de nutrientes para determinar quais produtos não saudáveis estarão sujeitos à regulamentação^{539,540,541,542,543}
 - Garantia de restrições que cubram as mídias não tradicionais, como as mídias sociais, os *advergames* online e outras táticas de *marketing* que visam crianças^{544,545,546,547}
 - Cooperação entre os países para minimizar o impacto do *marketing* transfronteiriço^{548,549}
 - Estabelecimento de órgãos reguladores independentes que permitem responsabilizar empresas que descumpram a regulamentação.^{550,551,552,553,554}
 - A previsão de penalidades frente ao descumprimento da regulação é um elemento crítico para efetividade.

⁵³⁴ CHAMBERS, S.A.; FREEMAN, R.; ANDERSON, A.S.; MACGILLIVRAY, S. Reducing the volume, exposure and negative impacts of advertising for foods high in fat, sugar and salt to children: A systematic review of the evidence from statutory and self-regulatory actions and educational measures. **Prev Med.**, v. 75, p.32-43, 2015.

⁵³⁵ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. op. cit., 2011.

⁵³⁶ KRAAK, V.I.; VANDEVIJVERE, S.; SACKS, G.; et al. Progress achieved in restricting the marketing of high-fat, sugary and salty food and beverage products to children. **Bull World Health Organ.**, v. 94, n.7, p. 540-548, 2016.

⁵³⁷ GALBRAITH-EMAMI, S.; LOBSTEIN, T. The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: a systematic review. **Obes Rev.**, v. 14, n.12, p.960-974, 2013.

⁵³⁸ HARRIS, J.L.; LODOLCE, M.; DEMBEK, C.; SCHWARTZ, M.B. Sweet promises: Candy advertising to children and implications for industry selfregulation. **Appetite**, v. 95, p. 585-592, 2015.

⁵³⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. op. cit. 2016.

⁵⁴⁰ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. op. cit., 2011.

⁵⁴¹ MATTHEWS, A.E. Children and obesity: a pan-European project examining the role of food marketing. **The European Journal of Public Health**, v. 18, n.1, p. 7-11, 2008.

⁵⁴² KRAAK, V.I.; VANDEVIJVERE, S.; SACKS, G.; et al. op. cit. 2016.

⁵⁴³ GALBRAITH-EMAMI, S.; LOBSTEIN, T. op. cit..2013.

⁵⁴⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. op. cit. 2016.

⁵⁴⁵ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Op. Cit., 2011.

⁵⁴⁶ GALBRAITH-EMAMI, S.; LOBSTEIN, T. op. cit., 2013.

⁵⁴⁷ UNICEF. Exploratory study of marketing and advertisement of unhealthy food and beverages targeted to children in Latin America and the Caribbean. 2015.

⁵⁴⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Op. Cit. 2016.

⁵⁴⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. 2012.

⁵⁵⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Op. Cit. 2016.

⁵⁵¹ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Op. Cit., 2011.

⁵⁵² KRAAK, V.I.; VANDEVIJVERE, S.; SACKS, G.; et al. op. cit. 2016.

⁵⁵³ GALBRAITH-EMAMI, S.; LOBSTEIN, T. op. cit., 2013.

⁵⁵⁴ SWINBURN, B.; KRAAK, V.; RUTTER, H.; et al. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. **The Lancet**, v. 385, 9986, p. 2534-2545, 2015.

(iv) Medidas autorregulatórias são ineficazes

A inefetividade das medidas autorregulatórias são anotadas pelo grupo de pesquisa da Universidade da Carolina do Norte por apresentarem os seguintes aspectos:⁵⁵⁵

- Medidas parciais: A indústria encontra maneiras de evitar restrições e tem os recursos para alcançar consumidores através de canais alternativos não autorregulados.
- As disposições são frequentemente fracas, a participação é voluntária e a aplicação e as penalidades não são suficientemente fortes para garantir o cumprimento.

Nesse mesmo sentido, diversos especialistas e organizações brasileiras apontam as deficiências da autorregulamentação publicitária no Brasil.⁵⁵⁶ Alguns pontos elencados sobre as debilidades do sistema exclusivamente autorregulatório centrado no Conar (Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária) são: falta de celeridade na apuração das denúncias diante da agilidade e mutabilidade de uma campanha publicitária; falta de isonomia no tratamento das denúncias de consumidores em relação às denúncias de associados em disputa concorrencial; baixo alcance de suas orientações e recomendações; baixa abrangência de atuação no território nacional; baixa representatividade da sociedade civil em sua composição; grande resistência do Conar à correção e às novas demandas sociais.⁵⁵⁷ Nota-se também, que para além da autorregulamentação publicitária no Brasil exercida pelo Conar, as próprias empresas podem de modo voluntário estabelecer compromissos corporativos por elas criados (*pledges*). Uma análise extensiva sobre os compromissos corporativos assumidos de forma voluntária por algumas empresas da indústria alimentícia no Brasil, demonstrou haver deficiências contundentes como a falta de estabelecimento de sanções ao descumprimento; aspectos nutricionais não unificados, tornando difícil o monitoramento e

⁵⁵⁵ GLOBAL FOOD RESEARCH PROGRAM AT UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA AT CHAPEL HILL. **Marketing Unhealthy Foods to Kids – Why Regulation is Critical to Reducing Obesity**. December, 2016. Disponível online em: < <http://globalfoodresearchprogram.web.unc.edu/multi-country-initiative/resources/>>. Acesso em: 13 Ago 2019.

⁵⁵⁶ HENRIQUES, Isabella; VIVARTA, Veet (orgs.). **A autorregulação da publicidade infantil no Brasil e no mundo**. São Paulo: Editora Verbatim: Instituto Alana, 2017.

⁵⁵⁷ HARTUNG, Pedro Affonso Duarte. O Conar e a autorregulamentação publicitária no Brasil. In: HENRIQUES, Isabella; VIVARTA, Veet (orgs.). **A autorregulação da publicidade infantil no Brasil e no mundo**. São Paulo: Editora Verbatim: Instituto Alana, 2017, p.67-97.

compreensão por parte dos consumidores; e permissividade quanto às ações de *marketing* fora das mídias tradicionais, como as que ocorrem em espaços públicos e escolas.⁵⁵⁸

6.3 Regulação da Rotulagem de Alimentos

Conforme explanado na primeira parte dessa tese, mundialmente, observa-se um aumento do consumo de produtos alimentícios ultraprocessados. Tal tendência tem contribuído significativamente com a epidemia mundial de sobrepeso e obesidade. Nesse sentido, torna-se chave que o consumidor seja alertado sobre os riscos de consumo de tais alimentos. A vulnerabilidade informacional dos consumidores diante dos produtos alimentícios ultraprocessados torna-se ainda maior, à medida que não se conhece à fundo como tais produtos são produzidos, seu conteúdo e riscos de consumo. Nesse sentido discute-se a maneira mais adequada de informar o consumidor, haja vista a insuficiência das informações técnicas (e muitas vezes ininteligíveis ao leigo) contidas nas tabelas nutricionais de produtos alimentícios embalados.

Nesse sentido, vejamos as evidências⁵⁵⁹ que corroboram para justificar a regulação do rótulo de alimentos de forma a expor selos de advertência sobre a presença de nutrientes críticos (açúcar, gordura, sódio) e riscos de consumo relacionados, comumente chamado de abordagem negativa, por destacar aspectos negativos do produto alimentício de forma a estimular a diminuição por sua demanda.

A. Por que é necessário regular a informação disposta nos rótulos dos alimentos?

⁵⁵⁸ KARAGEORGIADIS, Ekaterine. Autorregulação publicitária das empresas do setor alimentício no Brasil. In: HENRIQUES, Isabella; VIVARTA, Veet (orgs.). **A autorregulação da publicidade infantil no Brasil e no mundo**. São Paulo: Editora Verbatim: Instituto Alana, 2017, p.99-159.

⁵⁵⁹ Todas as referências científicas trazidas nessa sessão foram organizadas e citadas pelo *Global Food Research Program da University of North Carolina at Chapel Hill*. Não realizamos consulta direta de todas as referências a seguir enumeradas, porém escolhemos trazê-las nesse trabalho a fim de evidenciar o embasamento científico de todas as conclusões. Portanto, alertamos que as referências a seguir citadas foram extraídas de: GLOBAL FOOD RESEARCH PROGRAM UNIVERSITY OF NORTH CAROLINE AT CHAPEL HILL. **Front-of-Package (FOP) Food Labeling: Empowering Consumers to Make Healthy Choices**. Updated in March 7, 2019.

(i) *Consumidores necessitam de informações claras para fazerem escolhas mais saudáveis*

- O grande número de opções de produtos alimentícios disponíveis no mercado aumenta a dificuldade de seleção dos alimentos mais saudáveis pelos consumidores.⁵⁶⁰
- Pesquisas demonstram que a maioria dos consumidores gasta em média menos de dez segundos para selecionar cada item de compra. Não há tempo suficiente para analisar os rótulos nutricionais atuais, que são complicados e ineficazes.^{561,562,563} Demonstra-se que as atuais tabelas nutricionais na parte anterior dos rótulos são inefetivas, sendo necessário um sistema mais simples e impactante para promoção de escolhas mais saudáveis.
- Quando não regulados adequadamente, produtos não saudáveis podem apresentar alegações enganosas de saúde e nutrição em seus pacotes. Alegações relacionadas a um determinado nutriente (por exemplo, “alto teor de cálcio” ou “baixo teor de gordura”) e alegações diretas ou indiretas sobre os possíveis benefícios à saúde de um alimento podem dar a um produto prejudicial à saúde uma falsa impressão de um efeito benéfico, levando os consumidores a erro quanto à qualidade nutricional do produto.^{564,565,566}

(ii) *A rotulagem frontal de alimentos capacita os consumidores a fazer escolhas informadas e saudáveis*

- Os consumidores necessitam de informações claras e de fácil percepção para poderem realizar escolhas mais saudáveis diante da vasta gama de produtos disponíveis no mercado.

⁵⁶⁰ POTI, J.M.; MENDEZ, M.A.; NG, S.W.; POPKIN, B.M. Is the degree of food processing and convenience linked with the nutritional quality of foods purchased by US households? **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 99, n.1, p.162-71, 2015.

⁵⁶¹ COWBURN, G.; STOCKLEY, L. Consumer understanding and use of nutrition labelling: a systematic review. **Public Health Nutr.**, v. 8, 1, p. 21-8, 2005.

⁵⁶² ROTHMAN, R.L.; HOUSAM, R.; WEISS, H.; et al. Patient understanding of food labels: the role of literacy and numeracy. **Am J Prev Med.**, v. 31, n.5, p. 391-8, 2006.

⁵⁶³ WARTELLA, E.A.; LICHTENSTEIN, A.H.; BOON, C.S (Ed.). **Examination of Front-of-Package Nutrition Rating Systems and Symbols: Phase 1 Report**. Washington DC: National Academy Press; 2010.

⁵⁶⁴ ABRAMS, K.M.; EVANS, C.; DUFF, B.R. Ignorance is bliss. How parents of preschool children make sense of front-of-package visuals and claims on food. **Appetite**, v. 87, p. 20-9, 2015.

⁵⁶⁵ ANDREWS, J.C.; BURTON, S.; NETEMEYER, R.G. Are some comparative nutrition claims misleading? The role of nutrition knowledge, ad claim type and disclosure conditions. **Journal of Advertising**, v. 29, n. 3, p. 29-42, 2000.

⁵⁶⁶ SUNDAR, A.; KARDES, F.R. The role of perceived variability and the health halo effect in nutritional inference and consumption. **Psychology & Marketing**, v. 32, n. 5, p.512-21, 2015.

- Consumidores respondem melhor a selos frontais simples, que sejam imediatamente visíveis e exijam menos tempo de avaliação.^{567,568} Selos informativos que exigem menos esforço, permitem aos consumidores identificar rapidamente quais produtos são mais saudáveis e aumentam a intenção de comprar produtos mais saudáveis ou, inversamente, diminuem a intenção de comprar produtos não saudáveis.^{569,570,571,572}
- Embora várias propostas de rotulagem tenham sido elaboradas, selos simples de advertência sobre a alta presença de nutrientes críticos (i.e. gorduras, açúcar, sal/sódio) que identificam produtos não saudáveis, desencorajam de forma mais eficaz as escolhas por *junk food* e produtos ultraprocessados.⁵⁷³
- Na experiência regulatória chilena, exige-se que alimentos processados incluam selos de advertência na frente da embalagem de alimentos processados que não cumpram requisitos pré-determinados, identificando os alimentos com altas quantidades de açúcar, gordura, sal/sódio, e/ou calorias totais. Esses rótulos permitem que os consumidores identifiquem rapidamente os alimentos menos saudáveis.

B. O que dizem as evidências científicas sobre o melhor modelo de rotulagem para promoção de escolhas mais saudáveis?

⁵⁶⁷ MANDLE, J.; TUGENDHAFT, A.; MICHALOW, J.; HOFMAN, K. Nutrition labelling: a review of research on consumer and industry response in the global South. **Global Health Action**, v. 8, 10.3402/gha.v8.25912, 2015.

⁵⁶⁸ VYTH, E.L.; STEENHUIS, I.H.; VLOT, J.A.; et al. Actual use of a front-of-pack nutrition logo in the supermarket: consumers' motives in food choice. **Public Health Nutr.**, v. 13, n.11, p. 1882-9, 2010.

⁵⁶⁹ ROODENBURG, A.; POPKIN, B.; SEIDELL, J. Development of international criteria for a front of package food labelling system: the International Choices Programme. **Eur J Clin Nutr.**, v. 65, n.11, p. 1190, 2011.

⁵⁷⁰ FEUNEKES, G.I.J.; GORTEMAKER, I.A.; WILLEMS, A.A.; LION, R.; VAN DEN KOMMER, M. Front-of-pack nutrition labelling: Testing effectiveness of different nutrition labelling formats front-of-pack in four European countries. **Appetite**, v. 50, n.1, p. 57-70, 2008.

⁵⁷¹ HAMLIN, R.P.; MCNEILL, L.S.; MOORE, V. The impact of front-of-pack nutrition labels on consumer product evaluation and choice: an experimental study. **Public health nutrition**, v. 18, n. 12, p. 2126-2134, 2015.

⁵⁷² ARES, G.; VARELA, F.; MACHIN, L.; et al. Comparative performance of three interpretative front-of-pack nutrition labelling schemes: Insights for policy making. **Food Quality and Preference**, 2018.

⁵⁷³ CORVALÁN, C.; REYES, M.; GARMENDIA, M.L.; UAUY, R. Structural responses to the obesity and non-communicable diseases epidemic: the Chilean Law of Food Labeling and Advertising. **Obesity Reviews**, v. 14, p. 79-87, 2013.

(i) *As advertências frontais negativas incentivam escolhas mais saudáveis e são o sistema de rotulagem mais eficaz até o momento.*

- Estudos chilenos de avaliação do primeiro ano da exigência de avisos de advertência frontal nas embalagens dos alimentos começam a ser publicados. O primeiro estudo com grupos focais de mães de baixa e média renda sugere profundas mudanças na compra de alimentos, ligados não só ao ganho de conhecimento das mães ao verem esses rótulos, mas também às crianças dizendo a suas mães que não compreem os produtos não saudáveis.^{574,575}
- A abordagem de rotulagem frontal de advertência no modelo chileno é a mais forte até o momento. Evidências preliminares de um projeto conduzido em conjunto pelo Instituto de Nutrição e Tecnologia dos Alimentos (INTA) do Chile e da Universidade da Carolina do Norte constatou que os consumidores no Chile estão cientes e entendem a rotulagem frontal de advertência, as usam para tomar decisões sobre compras de alimentos, e que tal rotulagem contribui para uma mudança nas normas sociais e comportamentos para compra de alimentos mais saudáveis. Especificamente, um estudo com adolescentes e mães de pré-escolares descobriu que, no primeiro ano de implementação, 43% dos adolescentes e 56% das mães de pré-escolares usam os rótulos de advertência para decidir se os alimentos (cereais matinais) são saudáveis.
- Experimentos demonstraram que a rotulagem frontal de advertência relaciona-se à diminuição na compra de bebidas açucaradas, diminuição da percepção de saudabilidade desses produtos e diminuição de intenção de compra dos mesmos.^{576,577}
- Um estudo de 2017 comparando a rotulagem frontal de advertência ao GDA (*guideline daily amounts*) e aos modelo de semáforos nutricionais (que usam cores vermelho, amarelo e verde para indicar quantidades de nutrientes), constatou que a rotulagem frontal de advertência é o

⁵⁷⁴ CORVALÁN, C.; REYES, M.; GARMENDIA, M.L.; UAUY, R. Structural responses to the obesity and non-communicable diseases epidemic: Update on the Chilean law of food labelling and advertising. **Obesity Reviews**, v. 20, n.3, p. 367-74, 2019.





⁵⁷⁵ CORREA, T.; FIERRO, C.; REYES, M.; DILLMAN CARPENTIER, F.R.; TAILLIE, L.S.; CORVALAN, C. Responses to the Chilean law of food labeling and advertising: exploring knowledge, perceptions and behaviors of mothers of young children. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 16, n.1, p. 21, 2019.

⁵⁷⁶ ROBERTO, C.A.; WONG, D.; MUSICUS, A.; HAMMOND, D. The Influence of Sugar-Sweetened Beverage Health Warning Labels on Parents' Choices. **Pediatrics**, v. 137, n. 2, 2016.

⁵⁷⁷ BOLLARD, T.; MAUBACH, N.; WALKER, N.; NI MHURCHU, C. Effects of plain packaging, warning labels, and taxes on young people's predicted sugar-sweetened beverage preferences: an experimental study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 13, n.1, p. 95, 2016.

modelo mais eficaz em auxiliar consumidores a identificar corretamente produtos com alto teor de nutrientes não saudáveis, e que os consumidores percebiam produtos com a rotulagem frontal de advertência como menos saudáveis do que os mesmos produtos com etiquetas GDA ou semáforo.⁵⁷⁸

Quadro 4: Exemplos de modelos de rotulagem frontal em embalagens de produtos alimentícios.⁵⁷⁹

Modelo GDA – México:	Modelo Nutriscore – França:
<p>Este envase aporta:</p>  <p>% de los nutrimentos diarios</p>	
Modelo Semáforo Nutricional com barras – Equador:	Modelo de advertência – Chile:
	

Fonte: elaboração própria

- Outro estudo de 2017, comparando as percepções das crianças sobre produtos alimentícios com rótulos de advertência e semáforos, constatou que os rótulos de advertência tiveram um

⁵⁷⁸ ARRÚA, A.; MACHÍN, L.; CURUTCHET, M.R.; et al. Warnings as a directive front-of-pack nutrition labelling scheme: comparison with the Guideline Daily Amount and traffic-light systems. **Public Health Nutrition**, v. 20, n. 13, p. 2308-17, 2017.

⁵⁷⁹ Mais modelos de rotulagem frontal são exemplificados no documento: ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência-Geral de Alimentos. **Relatório Preliminar de Análise de Impacto Regulatório sobre Rotulagem Nutricional**. Brasília, maio, 2018.

impacto relativo melhor nas escolhas alimentares das crianças em comparação com o sistema de semáforos.⁵⁸⁰

- Estudos utilizando tecnologia de rastreamento ocular para avaliar a influência de advertências nutricionais em comparação com o modelo GDA constataram que o modelo de advertência atrai mais a atenção dos consumidores e os ajudam a identificar mais rapidamente se um produto não é saudável.^{581,582}
- O único estudo sobre o modelo de semáforos nutricionais que demonstrou impacto positivo combinou incentivos financeiros ao sistema de semáforos.⁵⁸³
- No Brasil, o Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição em Saúde da Universidade de São Paulo conduziu um estudo randomizado controlado (usando cada participante como controle próprio) com 1.607 participantes on-line (representativos da população brasileira em idade, educação, sexo, classe socioeconômica e região geográfica). Este estudo comparou os rótulos de advertência “alto em” ao modelo de semáforo e a ausência de rotulagem frontal. Verificou-se que, em comparação com nenhum rótulo, os rótulos de advertência influenciaram a percepção do consumidor sobre a qualidade nutricional dos produtos em maior grau do que o modelo dos semáforos. O formato dos selos de advertência teve um desempenho melhor do que o modelo de semáforo, uma vez que: (1) chama a atenção do consumidor; (2) é mais fácil de entender; (3) é mais útil no momento de compra; (4) reduz a percepção de salubridade dos produtos não saudáveis; e (5) reduz a intenção de comprar produtos não saudáveis.⁵⁸⁴
- Além do Chile, outros países da América Latina (Peru e Uruguai) adotaram a rotulagem de advertência frontal, e fora desta região, Israel também já aprovou a adoção da rotulagem

⁵⁸⁰ ARRÚA, A.; CURUTCHET, M.R.; REY, N. et al. Impact of front-of-pack nutrition information and label design on children's choice of two snack foods: Comparison of warnings and the traffic-light system. **Appetite**, v. 116, p. 139-46, 2017.

⁵⁸¹ CENTURIÓN, M.; MACHÍN, L.; ARES, G. Relative Impact of Nutritional Warnings and Other Label Features on Cereal Bar Healthfulness Evaluations. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 51, n. 7, p. 850-856, 2019.

⁵⁸² POPOVA, L.; NONNEMAKER, J.; TAYLOR, N.; BRADFIELD, B.; KIM, A. Warning Labels on Sugar-sweetened Beverages: An Eye Tracking Approach. **American Journal of Health Behavior**, v. 43, n.2, p. 406-419, 2019.

⁵⁸³ FRANCKLE, R.L.; LEVY, D.E.; MACIAS-NAVARRO, L.; RIMM, E.B.; THORNDIKE, A.N. Traffic-light labels and financial incentives to reduce sugar-sweetened beverage purchases by low-income Latino families: a randomized controlled trial. **Public Health Nutr.**, v. 21, 8, p. 1426-1434, 2018.

⁵⁸⁴ KHANDPUR, N.; SATO, P.M.; MAIS, L.A. et al. Are Front-of-Package Warning Labels More Effective at Communicating Nutrition Information than Traffic-Light Labels? A Randomized Controlled Experiment in a Brazilian Sample. **Nutrients**, v. 10, p. 688-703, 2018.

frontal de advertência. Outros países da Região e do mundo estão considerando esse mesmo modelo.^{585,586}

- A *Health Evidence Network* realizou uma síntese das evidências sobre o desenvolvimento e implementação de políticas de rotulagem frontal de alimentos em 15 países da região europeia da OMS. O relatório concluiu que um sistema consistente de rotulagem frontal liderado pelo governo, aplicado obrigatoriamente e amplamente sobre todos os produtos, e que possibilite avaliação sobre aspectos negativos do produto, é a maneira mais eficaz de apoiar consumidores a escolher produtos nutricionalmente mais saudáveis.⁵⁸⁷

C. Quais outros efeitos da rotulagem frontal de advertência?

(i) As advertências frontais negativas (que alertam sobre presença de nutrientes críticos) promovem reformulação dos produtos alimentícios

- As advertências frontais no rótulo dos alimentos também podem encorajar os fabricantes a melhorar as qualidades nutricionais de seus alimentos, a fim de atender aos critérios de nutrição e, assim, evitar as advertências frontais “negativas”.^{588,589}

D. Há alternativas voluntárias eficazes?

⁵⁸⁵ ENDEVELT, R. et al. Policy and practice - Regulatory measures to improve the built nutrition environment for prevention of obesity and related morbidity in Israel. **Public Health Panorama**, v. 3, n.4, p. 567-75, 2017.

⁵⁸⁶ GOVERNMENT OF CANADA. Consultation on front-of-package nutrition labelling. 2018. Disponível em: <<https://www.canada.ca/en/health-canada/programs/front-of-package-nutrition-labelling.html>>. Acesso em: 24 ago 2019.

⁵⁸⁷ KELLY, B.; JEWELL, J. **What is the evidence on the policy specifications, development processes and effectiveness of existing front-of-pack food labelling policies in the WHO European Region?**. WHO Regional Office for Europe, 2018. Disponível em: <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/384460/Web-WHO-HEN-Report-61-on-FOPL.pdf?ua=1>. Acesso em: 5 dez. 2019.

⁵⁸⁸ VYTH, E.L.; STEENHUIS, I.; ROODENBURG, A.; BRUG, J.; SEIDELL, J.C. Front-of-pack nutrition label stimulates healthier product development: a quantitative analysis. **Int J Behav Nutr Phys Act**, v. 7, 65, 2010.

⁵⁸⁹ SHANGGUAN, S.; AFSHIN, A.; SHULKIN, M.; et al. A Meta-Analysis of Food Labeling Effects on Consumer Diet Behaviors and Industry Practices. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 56, 2, p. 300-14, 2019.

(i) *O modelo de rotulagem voluntária (GDA) endossado pela indústria não é eficaz*

- Em resposta ao crescente reconhecimento da eficácia, efetividade e da demanda por rótulos frontais de advertência, a indústria de alimentos tem promovido agressivamente o modelo voluntário GDA (Guideline Daily Amounts).

- Um número crescente de estudos independentes em todo o mundo mostra que modelos GDAs apresentam um desempenho ruim em várias dimensões em comparação com outros sistemas de rotulagem frontal de advertência, sendo os GDAs menos impactantes e efetivos globalmente:

- Um estudo do México constatou que consumidores não usam os GDAs em suas escolhas alimentares; inclusive os nutricionistas não conseguiam entendê-los.⁵⁹⁰

- Pesquisa qualitativa no México constatou que os GDAs eram os mais difíceis de entender e os rótulos frontais menos aceitos, devido aos termos técnicos e dificuldade geral de compreensão das informações nutricionais.⁵⁹¹

- Consumidores levam mais tempo para avaliar os GDAs e têm muito menos sucesso em compreendê-los do que outras abordagens de rotulagem.^{592,593}

- GDAs não levam à redução do consumo de produtos não saudáveis.⁵⁹⁴

- Todos os estudos não financiados pela indústria que compararam GDAs com qualquer outro sistema (semáforos, o sistema francês Nutriscore, o Choices International, HealthStar Rating e rótulos de advertência no Chile e propostas avaliadas no Brasil) mostram que os GDAs são o sistema menos eficaz para desencorajar a escolha de alimentos não saudáveis pelos consumidores.^{595,596,597,598}

⁵⁹⁰ STERN, D. T.L.; BARQUERA, S. Revisión del etiquetado frontal: análisis de las Guías Diarias de Alimentación (GDA) y su comprensión por estudiantes de nutrición de México. Cuernavaca, México, 2011.

⁵⁹¹ DE LA CRUZ-GÓNGORA, V.; TORRES, P.; CONTRERAS-MANZANO, A.; et al. Understanding and acceptability by Hispanic consumers of four front-of-pack food labels. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 14, n. 28, 2017.

⁵⁹² BIALKOVA, S.; et al. Attention mediates the effect of nutrition label information on consumers' choice. Evidence from a choice experiment involving eye-tracking. **Appetite**, v. 76, p. 66-75, 2014.

⁵⁹³ SIEGRIST, M.; LEINS-HESS, R.; KELLER, C. Which front-of-pack nutrition label is the most efficient one? The results of an eye-tracker study. **Food Quality and Preference**, v. 39, p. 183-90, 2015.

⁵⁹⁴ BOZTUĞ ,Y.; JUHL, H.J.; ELSHIEWY, O.; JENSEN, M.B. Consumer response to monochrome Guideline Daily Amount nutrition labels. **Food Policy**, v. 53, p.1-8, 2015.

⁵⁹⁵ SIEGRIST, M.; LEINS-HESS, R.; KELLER, C. op. cit. 2015.

- Estudos na Austrália e Nova Zelândia demonstraram que os GDAs (localmente denominados Daily Intake Guides) comparado ao modelo de semáforo e Health Star Rating, eram os menos eficazes para ajudá-los a discriminar produtos saudáveis.^{599,600}

- Estudos usando tecnologia de rastreamento ocular descobriram que os modelos GDAs são menos eficazes em chamar a atenção dos consumidores e, portanto, menos capazes de ajudar os consumidores a identificar se um produto não é saudável em comparação com rótulos de advertência. .^{601,602}

- Além disso, como os GDAs são voluntários, eles são frequentemente usados em combinação com outras alegações nas embalagens de alimentos, como alegações sobre benefícios nutricionais ou de saúde, o que confunde ainda mais os consumidores.^{603,604,605,606}

(ii) O modelo de semáforos também demonstrou-se débil, sendo uma abordagem alternativa defendida pela indústria em alguns países

- Os modelos de rotulagem de semáforo usam as cores verde, amarelo e vermelho para indicar se um produto possui níveis baixos, moderados ou altos de vários nutrientes críticos. Esta abordagem envia mensagens mistas aos consumidores sobre a presença de quantidade excessiva de açúcar, sódio e/ou gorduras saturadas no produto e os confunde.

⁵⁹⁶ DUCROT, P.; JULIA, C.; MEJEAN, C.; et al. Impact of Different Front-of-Pack Nutrition Labels on Consumer Purchasing Intentions: A Randomized Controlled Trial. **Am J Prev Med.**, v. 50, n.5, p. 627-36, 2016.

⁵⁹⁷ JULIA, C.; PÉNEAU, S.; BUSCAIL, C.; et al. Perception of different formats of front-of-pack nutrition labels according to sociodemographic, lifestyle and dietary factors in a French population: cross-sectional study among the NutriNet-Santé cohort participants. **BMJ Open**, v. 7, 6, e016108, 2017.

⁵⁹⁸ DUCROT, P.; MÉJEAN, C.; JULIA, C.; et al. Effectiveness of Front-Of-Pack Nutrition Labels in French Adults: Results from the NutriNet-Santé Cohort Study. **PLoS ONE**, v. 10, 10, e0140898, 2015.

⁵⁹⁹ PETTIGREW, S.; TALATI, Z.; MILLER, C.; DIXON, H.; KELLY, B.; BALL, K. The types and aspects of front-of-pack food labelling schemes preferred by adults and children. **Appetite**, v. 109, p. 115-23, 2017.

⁶⁰⁰ TALATI, Z.; PETTIGREW, S.; BALL, K.; et al. The relative ability of different front-of-pack labels to assist consumers discriminate between healthy, moderately healthy, and unhealthy foods. **Food Quality and Preference**, v. 59, p.109-13, 2017.

⁶⁰¹ CENTURIÓN M, MACHÍN L, ARES G. op. cit. 2019.

⁶⁰² POPOVA L, NONNEMAKER J, TAYLOR N, BRADFIELD B, KIM A. op. cit. 2019.

⁶⁰³ ABRAMS, K.M.; EVANS, C.; DUFF, B.R. op. cit., 2015.

⁶⁰⁴ ANDREWS, J.C.; BURTON, S.; NETEMEYER, R.G. op. cit. 2000.

⁶⁰⁵ SUNDAR, A.; KARDES, F.R. op. cit. 2015.

⁶⁰⁶ TALATI, Z.; PETTIGREW, S.; HUGHES, C.; et al. The combined effect of front-of-pack nutrition labels and health claims on consumers' evaluation of food products. **Food Quality and Preference**, v. 53, p. 57-65, 2016.

• Embora o GDA seja claramente o modelo de rotulagem frontal menos eficiente, o sistema de semáforo nutricional também não apresentou um bom desempenho em comparação com os rótulos de advertência:

- Um estudo de 2017 descobriu que o semáforo nutricional e os GDAs eram piores que os rótulos de alerta para ajudar os consumidores a identificar produtos com alto teor de nutrientes não saudáveis, e que os consumidores consideravam produtos com rótulos de advertência menos saudáveis do que os mesmos produtos com semáforos ou GDAs.⁶⁰⁷

- Outro estudo de 2017, comparando as percepções das crianças sobre produtos alimentícios com semáforo nutricional *versus* advertências, constatou que os rótulos de advertência tinham um almejado impacto relativo maior nas escolhas alimentares das crianças.⁶⁰⁸

- Uma pesquisa qualitativa realizada no México constatou que os semáforos nutricionais confundiram os consumidores, que acharam as cores múltiplas difíceis de serem comparadas entre os produtos e a cor amarela / intermediária, particularmente difícil de interpretar.⁶⁰⁹

E. Quais os elementos necessários para uma regulação da rotulagem de alimentos eficaz na promoção de escolhas mais saudáveis?

(i) Principais elementos para um sistema de rotulagem frontal eficaz

• Um modelo de perfil de nutrientes robusto deve ser adotado como um primeiro passo para a criação da proposta de rotulagem frontal.⁶¹⁰ Por meio do perfil de nutrientes serão definidos critérios claros e significativos para a rotulagem.

• A rotulagem deve ser simples e imediatamente visível. A regulamentação chilena estabelece limites de tamanho para todos os tipos de embalagem e são um ponto de partida ideal para outros países no dimensionamento de logotipos de advertência.

⁶⁰⁷ ARRÚA, A.; MACHÍN, L.; CURUTCHET, M.R.; et al. op. cit. 2017.

⁶⁰⁸ ARRÚA, A.; CURUTCHET, M.R.; REY, N.; et al. op. cit. 2017.

⁶⁰⁹ DE LA CRUZ-GÓNGORA, V.; TORRES, P.; CONTRERAS-MANZANO, A.; et al. op. cit. 2017.

⁶¹⁰ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Pan American Health Organization Nutrient Profile Model. Washington DC: PAHO, 2016. p. 32.

- Modelos de rotulagem frontal interpretativos simples aumentam a compreensão e o uso de informações nutricionais, especialmente por aqueles com menos conhecimento sobre nutrição.^{611,612,613}
- Modelos de rotulagem frontal interpretativos funcionam por chamar atenção para a informação nutricional através do uso de formatos e ícones simples^{614,615,616}, facilitando a compreensão rápida^{617,618,619,620,621} e facilitando a distinção entre produtos saudáveis e menos saudáveis.^{622,623}
- Um sistema de rotulagem frontal eficaz deve ser obrigatório e aplicável a todos os produtos. Evidências sugerem que selos que se aplicam apenas a alguns produtos podem levar a percepções enganosas sobre a saudabilidade dos produtos.⁶²⁴ Os sistemas de rotulagem voluntários podem levar a adoção de vários tipos de logotipos e selos, o que aumenta a confusão e diminui a utilidade da informação.
- Um modelo de rotulagem frontal de alimentos com endosso de órgão governamental ou de organização científica aumenta a credibilidade da informação.

⁶¹¹ FEUNEKES, G.I.J.; GORTEMAKER, I.A.; WILLEMS, A.A.; LION, R.; VAN DEN KOMMER, M. op. cit. 2008.

⁶¹² GRUNERT, K.G.; FERNÁNDEZ-CELEMÍN, L.; WILLS, J.M.; GENANNT BONSMANN, S.S.; NUREEVA, L. Use and understanding of nutrition information on food labels in six European countries. **Journal of Public Health**, v.18, n.3, p. 261-77, 2010.

⁶¹³ KELLY, B.; HUGHES, C.; CHAPMAN, K.; et al. Consumer testing of the acceptability and effectiveness of front-of-pack food labelling systems for the Australian grocery market. **Health Promotion International**, v. 24, n. 2, p. 120-9, 2009.

⁶¹⁴ BECKER, M.W.; BELLO, N.M.; SUNDAR, R.P.; PELTIER, C.; BIX, L. Front of pack labels enhance attention to nutrition information in novel and commercial brands. **Food Policy**, v. 56, p. 76-86, 2015.

⁶¹⁵ BIALKOVA, S.; VAN TRIJP, H. What determines consumer attention to nutrition labels? **Food Quality and Preference**, v. 21, n.8, p.1042-51, 2010.

⁶¹⁶ ANTÚNEZ, L.; GIMÉNEZ, A.; MAICHE, A.; ARES, G. Influence of Interpretation Aids on Attentional Capture, Visual Processing, and Understanding of Front-of-Package Nutrition Labels. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 47, n.4, p. 292-9.e1, 2015.

⁶¹⁷ FEUNEKES, G.I.J.; GORTEMAKER, I.A.; WILLEMS, A.A.; LION, R.; VAN DEN KOMMER, M. op. cit. 2008.

⁶¹⁸ KELLY, B.; HUGHES, C.; CHAPMAN, K.; et al. op. cit. 2009.

⁶¹⁹ BECKER, M.W.; BELLO, N.M.; SUNDAR, R.P.; PELTIER, C.; BIX, L. op. cit. 2015.

⁶²⁰ BIALKOVA, S.; VAN TRIJP, H. op. cit. 2010.

⁶²¹ ANTÚNEZ, L.; GIMÉNEZ, A.; MAICHE, A.; ARES, G. op. cit. 2015.

⁶²² FEUNEKES, G.I.J.; GORTEMAKER, I.A.; WILLEMS, A.A.; LION, R.; VAN DEN KOMMER, M. op. cit. 2008.

⁶²³ KELLY, B.; HUGHES, C.; CHAPMAN, K.; et al. op. cit. 2009.

⁶²⁴ ANDREWS, J.C.; BURTON, S.; KEES, J. Is simpler always better? Consumer evaluations of front-of-package nutrition symbols. **Journal of Public Policy & Marketing**, v. 30, n. 2, p. 175-90, 2011.

- Os critérios para a rotulagem frontal de alimentos devem ser divulgados com antecedência de forma a incentivar a reformulação e educar os consumidores e os fabricantes.⁶²⁵ A indústria não deve ter permissão para intervir na adoção dos critérios da rotulagem.
- Idealmente, a rotulagem frontal de alimentos deve ser implementada junto com restrições às alegações de saúde e nutrição, já que os produtos contendo um rótulo de advertência e uma alegação de saúde ou nutrição podem gerar confusão aos consumidores.

6.4 Regulação do ambiente alimentar escolar⁶²⁶

A. Por que é necessário regular o ambiente alimentar escolar?

As escolas são locais de proteção primordial da criança e do adolescente. Enquanto tal, devem proporcionar um ambiente saudável não só para o desenvolvimento das habilidades intelectuais, mas também corporais. Enquanto locais de educação, oferecem grande oportunidade de incentivo à alimentação saudável. Cumpre notar que as crianças passam considerável parte das horas do dia nas escolas, e muitas vezes, lá fazem grande parte de suas refeições diárias. No caso de escolas públicas, são também uma importante fonte de nutrição por meio dos programas de alimentação escolar, especialmente para alunos de baixa renda. Nesse sentido, fornecer e promover alimentos não saudáveis dentro e nos arredores das escolas contribui para má nutrição e obesidade infantil⁶²⁷, desrespeitando o dever de prioridade absoluta na proteção à saúde integral das crianças nesses espaços. Tal proteção requer medidas de restrição ao acesso a alimentos não saudáveis, proteção às crianças em relação ao *marketing*

⁶²⁵ VYTH, E.L.; STEENHUIS, I.; ROODENBURG, A.; BRUG, J.; SEIDELL, J.C. op. cit. 2010.

⁶²⁶ Todas as referências científicas trazidas nessa sessão foram organizadas e citadas pelo Global Food Research Program da University of North Carolina at Chapel Hill. Não realizamos consulta direta de todas as referências a seguir enumeradas, porém escolhemos trazê-las nesse trabalho a fim de evidenciar o embasamento científico de todas as conclusões. Portanto, alertamos que as referências a seguir citadas foram extraídas de: GLOBAL FOOD RESEARCH PROGRAM UNIVERSITY OF NORTH CAROLINE AT CHAPEL HILL.

Fighting Childhood Obesity with Healthy School Food Environments. September, 2018. Disponível em: <<http://globalfoodresearchprogram.web.unc.edu/multi-country-initiative/resources/>>. Acesso em: 25 ago. 2019.

⁶²⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity: report of the ad hoc working group on science and evidence for ending childhood obesity. 2016

da indústria de alimentos, e especial atenção ao padrão nutricional que escolares necessitam para crescer e se desenvolver. Essas medidas criarão um ambiente que promoverá escolhas alimentares mais saudáveis não só nas escolas mas também fora delas.^{628,629,630,631}

B. Quais fatores são essenciais na regulação do ambiente alimentar escolar?

Quando ambientes alimentares escolares possuem fraca regulação, crianças são expostas à oferta e *marketing* de alimentos não saudáveis, estando mais suscetíveis aos problemas relacionados à má nutrição, como a obesidade. Para a configuração de um ambiente alimentar escolar saudável são necessárias políticas fortes e efetivas, que necessariamente incluam os seguintes componentes:

(i) Estabelecimento de padrões criteriosos para os programas de alimentação escolar:

Programas de alimentação escolar eficazes devem limitar o acesso a alimentos não saudáveis enquanto promovem a inclusão de alimentos recomendados para uma dieta saudável. O estabelecimento de padrões para alimentação escolar com base em evidências podem aprimorar a alimentação infantil dentro e fora das escolas.⁶³²

- Uma recente meta-análise de 91 estudos que examinaram o impacto de diferentes políticas no mundo sobre o ambiente alimentar escolar constatou que a definição de padrões para refeições escolares mais saudáveis gerou aumento da ingestão de frutas, redução do consumo

⁶²⁸ WATERS, E.; DE SILVA-SANIGORSKI, A.; BURFORD, B.J.; et al. Interventions for preventing obesity in children. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 12, Art. No.: CD001871, 2011.

⁶²⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children**, 2012.

⁶³⁰ HAWKES, C.; SMITH, T.G.; JEWELL, J.; et al. Smart food policies for obesity prevention. **The Lancet**, v. 385, 9985, p. 2410-2421, 2015.

⁶³¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global School Health Initiatives: Achieving Health and Education Outcomes**. 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259813/WHO-NMH-PND-17.7-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 25 ago. 2019.

⁶³² MICHA, R.; KARAGEORGOU, D.; BAKOGIANNI, I.; et al. Effectiveness of school food environment policies on children's dietary behaviors: A systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v.13, 3, e0194555, 2018.

de gordura e sódio na dieta total das crianças (não apenas na alimentação consumida nas escolas).⁶³³

(ii) Restrições à venda de bebidas açucaradas e outros produtos alimentícios não saudáveis nas escolas:

Fornecedores e vendedores em escolas devem também estar submetidos aos padrões da alimentação escolar de forma a restringir a venda de produtos não saudáveis nas escolas. Tais padrões têm mostrado diminuição do consumo de bebidas açucaradas e lanches não saudáveis na escola e fora dela.⁶³⁴

- Uma política de âmbito local que proibiu todas as vendas de bebidas açucaradas nas escolas públicas de Boston, Massachusetts, levou a uma redução significativa no consumo total de bebidas açucaradas pelos alunos⁶³⁵. Em 2012, a implementação vinculante de padrões nutricionais para alimentos e bebidas competitivos vendidos em escolas estaduais também foi associada a diminuições significativas no consumo de açúcar por parte dos alunos, dentro e fora da escola.⁶³⁶
- Sete anos após o Brasil implementar sua primeira lei municipal que regula as vendas de alimentos não saudáveis nas escolas, quase 70% dos vendedores em escolas pararam de vender salgadinhos fritos, refrigerantes, pipocas ultraprocessadas, doces, pirulitos, goma de mascar e *snacks* embalados.⁶³⁷

(iii) Restrições ao marketing desses produtos nas dependências da escola:

⁶³³ MICHA, R.; KARAGEORGOU, D.; BAKOGIANNI, I.; et al. op. cit. 2018.

⁶³⁴ MICHA, R.; KARAGEORGOU, D.; BAKOGIANNI, I.; et al. op. cit. 2018.

⁶³⁵ CRADOCK, A.L.; MCHUGH, A.; MONT-FERGUSON, H.; et al. Effect of school district policy change on consumption of sugar-sweetened beverages among high school students, Boston, Massachusetts, 2004-2006. **Prev Chronic Dis.**, v. 8, 4, A74, 2011.

⁶³⁶ COHEN, J.F.W.; GORSKI FINDLING, M.T.; ROSENFELD, L.; SMITH, L.; RIMM, E.B.; HOFFMAN, J.A. The Impact of 1 Year of Healthier School Food Policies on Students' Diets During and Outside of the School Day. **Journal of the academy of nutrition and dietetics**, v. 118, 12, p. 2296-2301, 2018.

⁶³⁷ GABRIEL, C.G.; VASCONCELOS, F.E.A.; ANDRADE, D.F.; SCHMITZ, B.E.A. First law regulating school canteens in Brazil: evaluation after seven years of implementation. **Arch Latino Am Nutr.**, v. 59, n.2,128-138, 2009.

- A promoção intensa de alimentos e bebidas não saudáveis nas dependências da escola por meio de publicidade direta, *branding* e patrocínio de eventos, e acordos contratuais de vendas e serviços de alimentação endossam escolhas não saudáveis e prejudicam as mensagens aos alunos sobre alimentação saudável.^{638, 639, 640} Além disso, incentiva a fidelização de consumidores a determinadas marcas de alimentos e bebidas não saudáveis.^{641,642}
- Restrições à comercialização e promoção de produtos que não atendam aos padrões nutricionais são factíveis. Chile, Polônia, Espanha, Uruguai e alguns municípios do Brasil implementaram com sucesso restrições à comercialização e promoção de produtos que não atendam às normas nutricionais para pré-escolas e escolas primárias e secundárias.^{643,644}

(iv) *Limitação à venda e comercialização de alimentos não saudáveis no entorno escolar:*

- Um estudo longitudinal em Baltimore, Maryland, constatou que a maior disponibilidade de alimentos saudáveis dentro de um raio de até 100 metros de distância de escolas relacionou-se à redução no ganho de IMC entre os alunos do ensino fundamental em um ano.⁶⁴⁵
- Na Finlândia, estudantes com baixo nível socioeconômico tiveram 61% mais chances de ter hábitos alimentares irregulares se tivessem mercearias ou estabelecimentos de *fast food* em um

⁶³⁸ STORY M, FRENCH S. Food advertising and marketing directed at children and adolescents in the US. **International journal of behavioral nutrition and physical activity**, 1(1):3, 2004.

⁶³⁹ MCGINNIS, J.M.; GOOTMAN, J.A.; KRAAK, V.I. Food marketing to children and youth: threat or opportunity? National Academies Press; 2006.

⁶⁴⁰ HARRIS, J.L.; FOX, T. Food and beverage marketing in schools: Putting student health at the head of the class. **JAMA Pediatrics**, v. 168, n.3, p. 206-208, 2014.

⁶⁴¹ HARRIS, J.L.; BROWNELL, K.D.; BARGH, J.A. The food marketing defense model: integrating psychological research to protect youth and inform public policy. **Social issues and policy review**, v. 3, 1, p. 211-271, 2009.

⁶⁴² CONNELL, P.M.; BRUCKS, M.; NIELSEN, J.H. How childhood advertising exposure can create biased product evaluations that persist into adulthood. **Journal of consumer research**, v. 41, 1, p. 119-134, 2014.

⁶⁴³ GABRIEL, C.G.; VASCONCELOS, F.E.A.; ANDRADE, D.F.; SCHMITZ, B.E.A. op. cit. 2009.

⁶⁴⁴ WORLD CANCER RESEARCH FUND INTERNATIONAL. **NOURISHING database**: Restrict food advertising and other forms of commercial promotion. 2018. Disponível em: <<http://www.wcrf.org/sites/default/files/Restrict-advertising.pdf>>. Acesso em: 25 Ago 2019

⁶⁴⁵ ROSSEN, L.M.; CURRIERO, F.C.; COOLEY-STRICKLAND, M.; POLLACK, K.M. Food availability en route to school and anthropometric change in urban children. **Journal of urban health**, v. 90, 4, p. 653-666, 2013.

raio de até 100 metros de distância da escola. Esses estudantes eram 25% mais propensos a estar acima do peso.⁶⁴⁶

- Uma pesquisa com vendedores de produtos alimentícios não saudáveis dentro do perímetro de 100 metros de distância de escolas de ensino fundamental no México constatou que crianças que frequentam escolas com maior concentração de vendedores ambulantes de tais produtos tinham IMCs mais elevados.⁶⁴⁷

(v) Acesso a alternativas saudáveis:

Deve-se garantir que alimentos mais saudáveis estejam disponíveis nas escolas e no seu entorno, ao mesmo tempo em que a escola educa com mensagens claras e consistentes sobre alimentação saudável. Além disso, fornecer acesso a água potável reduz o consumo de bebidas açucaradas, enquanto aumenta o consumo de água, trazendo assim, saúde e outros benefícios para as crianças. Infelizmente, muitas escolas em países de baixa e média renda não têm água potável nas escolas.^{648,649}

- Um estudo com mais de 1 milhão de estudantes em Nova York mostrou que a instalação de bebedouros em refeitórios escolares estava associado a uma redução significativa no IMC dos alunos e da probabilidade de terem excesso de peso.⁶⁵⁰

- No México, muitas escolas não têm acesso a água potável gratuita. Tal fato, combinado com a ampla disponibilidade de bebidas açucaradas dentro e ao redor das escolas, contribui para uma maior ingestão de bebidas açucaradas entre os estudantes.⁶⁵¹

⁶⁴⁶ VIRTANEN, M.; KIVIMAKI, H.; ERVASTI J, et al. Fast-food outlets and grocery stores near school and adolescents' eating habits and overweight in Finland. **Eur J public health**, v. 25, 4, p. 650-655, 2015.

⁶⁴⁷ BARRERA, L.H.; ROTHENBERG, S.J.; BARQUERA, S.; CIFUENTES, E. The Toxic Food Environment Around Elementary Schools and Childhood Obesity in Mexican Cities. **Am J Prev Med**. v. 51, n. 2, p. 264-270, 2016.

⁶⁴⁸ LOUGHRIDGE, J.L.; BARRATT, J. Does the provision of cooled filtered water in secondary school cafeterias increase water drinking and decrease the purchase of soft drinks? **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 18, n.4, p. 281-286, 2005.

⁶⁴⁹ MUCKELBAUER, R.; LIBUDA, L.; CLAUSEN, K.; TOSCHKE, A.M.; REINEHR, T.; KERSTING, M. Promotion and Provision of Drinking Water in Schools for Overweight Prevention: Randomized, Controlled Cluster Trial. **Pediatrics**, v. 123, 4, e661, 2009.

⁶⁵⁰ SCHWARTZ, A.E.; LEARDO, M.; ANEJA, S.; ELBEL, B. Effect of a school-based water intervention on child body mass index and obesity. **JAMA pediatrics**, v. 170, 3, p. 220-226, 2016.

⁶⁵¹ INSTITUTE OF MEDICINE. Joint U.S.-Mexico Workshop on Preventing Obesity in Children and Youth of Mexican Origin: Summary. Washington, DC: The National Academies Press, 2007.

C. Há alternativas eficazes à regulação do *marketing* de alimentos nas escolas?

(i) Autorregulação:

Fabricantes tendem a propor medidas de autorregulação, divulgando compromissos voluntários de não vender ou comercializar produtos não saudáveis nas escolas. No entanto, as evidências mostram que tais compromissos muitas vezes apresentam lacunas importantes e não melhoram os ambientes alimentares escolares de maneira tão eficaz quanto as políticas e regulamentos mandatórios a todas as empresas. ^{652,653,654,655,656,657,658}

(ii) Educação:

Fabricantes e comerciantes de produtos alimentícios não saudáveis advogam contra restrições à venda e comercialização desses produtos nas escolas, enfatizando, simples e somente, a educação os alunos sobre escolhas mais saudáveis. Embora as campanhas de educação possam ser úteis, elas não alcançam a efetividade de políticas populacionais e são facilmente fragilizadas por um ambiente alimentar escolar não saudável. Essas campanhas devem ser um complemento às políticas alimentares da escola, e não um argumento contra a implementação dessas políticas.

⁶⁵² ROYO-BORDONADA, M.A. Evaluation of compliance with the self-regulation agreement of the food and drink vending machine sector in primary schools in Madrid, Spain, in 2008. *Gaceta sanitaria*, v. 28, 1, p. 65-68, 2014.

⁶⁵³ GALBRAITH-EMAMI, S.; LOBSTEIN, T. The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: a systematic review. *Obesity reviews*, v. 14, 12, p. 960-974, 2013.

⁶⁵⁴ CHAMBERS, S.A.; FREEMAN, R.; ANDERSON, A.S.; MACGILLIVRAY, S. Reducing the volume, exposure and negative impacts of advertising for foods high in fat, sugar and salt to children: A systematic review of the evidence from statutory and self-regulatory actions and educational measures. *Preventive Medicine*, v. 75, p. 32-43, 2015.

⁶⁵⁵ KRAAK, V.I.; VANDEVIJVERE, S.; SACKS, G.; et al. Progress achieved in restricting the marketing of high-fat, sugary and salty food and beverage products to children. *Bull World Health Organ.*, v. 94, n. 7, p. 540-548, 2016.

⁶⁵⁶ SWINBURN, B.; KRAAK, V.; RUTTER, H.; et al. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. *The Lancet*, v. 385, 9986, p. 2534-2545, 2015.

⁶⁵⁷ KUNKEL, D.L.; CASTONGUAY, J.S.; FILER, C.R. Evaluating Industry Self-Regulation of Food Marketing to Children. *Am J Prev Med.*, v. 49, 2, p. 181-187, 2015.

⁶⁵⁸ HARRIS JL, POMERANZ JL, LOBSTEIN T, BROWNELL KD. A crisis in the marketplace: how food marketing contributes to childhood obesity and what can be done. *Annu Rev Public Health*, v. 30, p. 211-225 2009.

7. CONCLUSÃO - PARTE II

1. A Segunda Parte desse trabalho dedicou-se a investigar quais as principais medidas custo-efetivas recomendadas pela OMS/OPAS e por organizações internacionais de saúde para prevenção da obesidade infantil com enfoque na redução da demanda por produtos alimentícios não saudáveis. Para isso, revisamos os principais documentos da OMS e da OPAS, de forma a filtrar e evidenciar as recomendações mais recorrentes nessa intenção.

2. Dentre as mensagens mais relevantes percebidas nessa revisão documental, destacamos:

- Reconhecimento do papel dos governos em atuar na prevenção da obesidade e DCNTs correlacionadas, sendo agentes fundamentais do desenvolvimento, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas, medidas educacionais, legislativas, regulatórias e fiscais, particularmente voltadas a reduzir o consumo de bebidas açucaradas e produtos energéticos com poucos nutrientes por crianças e adolescentes;
- Reconhecimento de que preferências alimentares pessoais, decisões de compra e comportamentos alimentares são moldados pelo preço, *marketing*, disponibilidade e acessibilidade, que por sua vez, são influenciados por políticas e regulamentações nos setores de agricultura e comércio;
- Reconhecimento do direito dos consumidores em receber informação compreensível sobre os conteúdos dos produtos alimentícios, de forma a permitir-lhes adotar decisões saudáveis, incluindo por meio de selos interpretativos na rotulagem frontal de alimentos para facilitar aos consumidores a identificação da saudabilidade dos produtos;
- Recomendações de favorecer a alimentação saudável nas escolas e outros ambientes frequentados por crianças e limitar a disponibilidade de produtos com alto teor de sódio, açúcar e/ou gorduras;
- Recomendações de reduzir a exposição das crianças a técnicas de promoção, publicidade e *marketing* de produtos alimentícios não saudáveis, incluindo por meio de legislação/regulação para restringir o *marketing* direcionado à criança;

- Recomendações de adoção de medidas fiscais e tributos específicos sobre bebidas açucaradas e outros produtos alimentícios não saudáveis para desestimular o consumo de alimentos menos saudáveis;
- Reconhecimento de que intervenções isoladas ou apenas centradas no indivíduo não serão capazes de frear o avanço da epidemia de obesidade.

3. Sistematizamos as recomendações mais recorrentes, apontando o documento analisado, ano, organização e passagens que se referiam às medidas regulatórias relativas ao *marketing*/publicidade, rotulagem de alimentos, medidas fiscais e ambiente alimentar escolar, em um quadro-resumo da análise dos documentos.

4. Diante dos levantamentos realizados, questionamos qual a força jurídica dos documentos expedidos pela OMS e OPAS, e esclarecemos que os documentos comentados integram o arcabouço de expressões de *soft law*, servindo como guias e sujeitos a verificações de prestações de contas quanto sua execução pelos Estados. Na medida que cresce perante a comunidade global o reconhecimento da necessidade de medidas vinculantes para se contrapor à epidemia de obesidade, aumenta-se o debate em torno da criação de um Tratado nos moldes da CQCT para regular a atividade mercadológica que promove a demanda por produtos alimentícios não saudáveis.

5. Debruçamos o olhar sobre as conclusões científicas que agregam argumentos para justificar a implementação das medidas recomendadas. Para isso, levantamos o racional referente às quatro áreas regulatórias. Em apertadíssima síntese, dentro das quatro áreas de regulação comentadas, temos evidências que sustentam que:

(i) Tributação de bebidas açucaradas:

- o consumo em excesso de açúcar na forma líquida causa danos à saúde;
- impostos sobre bebidas açucaradas podem elevar seu preço e com isso reduzir o consumo, tendo a vantagem de gerar receita ao governo para investimento em setores de saúde;
- medidas tributárias sobre bebidas açucaradas podem levar ao aumento da conscientização pública sobre os malefícios do consumo da bebida e incentivam a indústria a reformular seus produtos, assim como aumenta a demanda por alternativas saudáveis, como água por exemplo;

- medidas tributárias sobre bebidas açucaradas não levam à diminuição de emprego ou colapso na economia, conforme apurado em experiências aplicadas;

(ii) Regulação do *marketing* infantil de alimentos não saudáveis;

- crianças são amplamente expostas ao *marketing* de alimentos não saudáveis;
- o *marketing* de alimentos não saudáveis é nocivo à saúde das crianças;
- regulações governamentais abrangentes podem proteger o público infantil;
- medidas autorregulatórias são inefetivas;

(iii) Regulação da rotulagem de alimentos:

- consumidores necessitam de informações claras para fazerem escolhas mais saudáveis;
- a rotulagem frontal de alimentos pode capacitar os consumidores a fazer escolhas informadas e saudáveis;
- as advertências frontais que destacam o excesso de nutrientes críticos incentivam escolhas mais saudáveis e são o sistema de rotulagem mais eficaz até o momento, além de promoverem a reformulação dos produtos alimentícios;
- modelos de rotulagem voluntários, endossados pela indústria, tais quais semáforos nutricionais ou sistema GDA, demonstram-se pouco eficazes para ajudar os consumidores a identificar produtos com alto teor de nutrientes não saudáveis;
- é fundamental que seja adotado um modelo de perfil de nutrientes robusto, com base nas recomendações de saúde, para que critérios claros e significativos guiem a obrigatoriedade de disposição dos selos de advertência no rótulo dos alimentos.

(iv) regulação de alimentos no ambiente escolar:

- escolas são locais de proteção primordial da criança e do adolescente;
- crianças passam considerável parte das horas do dia nas escolas, e muitas vezes, lá fazem grande parte de suas refeições diárias;
- fornecer e promover alimentos não saudáveis dentro e ao redor das escolas contribui para má nutrição e obesidade infantil;
- a intensa promoção de alimentos e bebidas não saudáveis nas dependências da escola por meio de publicidade direta, *branding* e patrocínio de eventos, e acordos contratuais

de vendas e serviços de alimentação, endossam escolhas não saudáveis e prejudicam as mensagens aos alunos sobre alimentação saudável;

- medidas como restrição ao acesso a alimentos não saudáveis e proteção às crianças em relação ao *marketing* da indústria de produtos alimentícios no ambiente escolar tem o potencial de promover escolhas alimentares mais saudáveis não só nas escolas mas também fora delas;
- medidas alternativas centradas exclusivamente em auto-regulação da indústria, ou apenas campanhas educativas, não melhoram os ambientes alimentares escolares de maneira tão eficaz quanto as políticas e regulamentos mandatórios a todas as empresas.

6. A revisão documental realizada na Parte II do presente trabalho nos permitiu conhecer as principais medidas regulatórias recomendadas para promover a redução do consumo de produtos alimentícios que promovem o ganho de peso e obesidade, assim como DCNTs relacionadas. Tais medidas, quando aplicadas de maneira criteriosa, apresentam um alto grau de custo-efetividade, podendo contribuir com mudanças de hábitos de consumo alimentar em nível populacional. Comentamos algumas pesquisas e indicadores de critérios necessários para determinar a efetividade de tais medidas. Concluímos que o papel ativo do Estado por meio de imposição de medidas vinculantes ao Mercado é essencial para o alcance de mudanças no ambiente comercial que promovem escolhas de consumo da população. Quando está em questão a potencial redução de vendas de produtos, e subseqüentemente, dos lucros de empresas, não se pode delegar aos atores regulados o papel de reguladores, por haver um intrínseco conflito de interesses nessa missão. Entretanto, muitos são os questionamentos quanto a possibilidade jurídica do exercício desse papel pelo Estado. Nesse sentido, partimos para a terceira Parte da presente tese, que se dedicará a investigar os direitos existentes e suas implicações em deveres ao Estado de regular o mercado de alimentos tendo em vista a promoção da saúde pública e proteção do público infantil.

PARTE III. DIREITOS E DEVERES

Partimos agora para o ponto central da presente tese: de que maneira direitos e deveres determinam a função do Estado de implementar medidas de prevenção da obesidade infantil com enfoque em desestimular a demanda por alimentos não saudáveis?

Diante das reflexões trazidas nas Partes I e II desse trabalho, cumpre investigarmos o instituto dos deveres do Estado de proteção de direitos fundamentais, mormente, do direito à saúde, à alimentação e proteção à criança frente aos riscos e perigos do moderno sistema alimentar fomentador de ambientes obesogênicos. Podemos identificar um pacto de segurança diante do fenômeno epidemiológico da obesidade? E mais do que combater o fenômeno, há o dever de evitar os riscos e suas consequências?

A presente seção tem como intuito promover um encontro com o universo jurídico que respalda medidas de saúde pública, trazendo à luz o marco legal constitucional e internacional de direitos humanos de proteção à criança e ao consumidor, e enfrentando a discussão dos embates de direitos que moldam, limitam ou orientam a atuação Estatal.

Por fim, necessário olharmos o tratamento jurídico nacional dado às medidas recomendadas tratadas nas partes iniciais desse trabalho, tendo em vista avaliarmos de que forma o ordenamento jurídico pátrio tem apresentado providências ou possibilidade jurídica de regulação do mercado de produtos alimentícios promotores de obesidade e DCNTs correlacionadas.

8. DEVER REGULATÓRIO DO ESTADO PARA GARANTIA DE SEGURANÇA E PREVENÇÃO DE RISCOS

8.1 Sociedade de risco global

O Estado não existe descolado da sociedade. Por isso, para falar do papel do Estado na prevenção da obesidade, devemos antes de tudo contextualizar a sociedade na qual o fenômeno da epidemia de obesidade se expressa. Dessa interação Estado-Sociedade emergem conflitos e demandas que moldarão a atuação do Estado para lidar com a “produção social de riscos”⁶⁵⁹. Por que o tema da alimentação vem ganhando tanta força nos debates modernos? Quais as características da sociedade inserida no ambiente obesogênico - e qual o pacto de segurança emergente do reconhecimento dos seus riscos? Mormente, de que forma impõe-se ao Direito o papel de disciplinar os novos riscos?

A primeira vista, é possível indicar um paradoxo intrínseco na sociedade atual: é norteadada pelo desenvolvimento técnico e científico; como consequência promove custos além da sua capacidade de solução; por sua vez, exige segurança num cenário de riscos globalizados reclamando ações estatais de intervenção; e ao mesmo tempo, manifesta-se com desconfiança e insatisfação perante a atuação do Estado.⁶⁶⁰ Apesar da aparente contradição, não somos, uma sociedade “bipolar”, porém, integramos sim, uma sociedade com uma multiplicidade de forças que atuam vezes em consonância, vezes em oposição.

O entendimento do conceito de sociedade de risco, formulado por Ulrich Beck, é de fundamental importância para compreensão do papel da saúde pública e consequentes implicações nos deveres do Estado. Há uma correlação intrínseca entre sociedade de risco e as questões enfrentadas pela saúde pública: a sociedade de risco emerge no contexto da modernização reflexiva, onde a sociedade industrial se auto-confronta – os riscos são produzidos pelas certezas da sociedade industrial. Nesse sentido aos profissionais de saúde pública, sociedade civil, formuladores de políticas e legisladores fica o desafio de construção de pactos de segurança.⁶⁶¹

A área da saúde pública trabalha exaustivamente com a problemática da emergência, reemergência e permanescência das doenças e suas origens⁶⁶² de diversas ordens sociais,

⁶⁵⁹ BECK, Ulrich. **La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad**. Tradução de Jorge Navarro. Barcelona”. Paidós, 1998.

⁶⁶⁰ SILVA, Jorge Pereira da. **Deveres do Estado de Proteção de Direitos Fundamentais**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2015, p.6.

⁶⁶¹ IANNI, Aurea Maria Zöllner. Saúde Pública e Sociedade de Risco. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 38-48, nov.2007/Fev.2008, p. 38.

⁶⁶² BARRETO, Maurício Lima. A Epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: COSTA, Dina Czeresnia (Org.) **Epidemiologia: teoria e objeto**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1990. p. 19-38. apud

ambientais e biológicas. Citamos alguns exemplos dessas emergências modernas, tal qual o surto da doença do vírus Zika transmitido pelo mosquito *Aedes* ou a proliferação de bactérias hiper-resistentes resultantes de uso indevido de antibióticos em seres humanos e animais. Desafios dessa ordem evidenciam o efeito inverso do conhecimento, técnica e especialização, qual seja, a permanência e desenvolvimento de perigos e riscos.

A reflexividade da modernidade é a tomada de consciência coletiva e reflexão sobre as falhas do projeto de sociedade industrial, na qual entra em colapso a ideia de controle, certeza e segurança, inversamente à lógica da produção e distribuição da riqueza até então dominante. A sociedade reflexiva é portanto a sociedade de risco cuja preocupação central passa a ser os perigos e as consequências da modernização. No contexto da sociedade de risco global de Beck, o risco é uma condição estrutural do avanço da industrialização, onde a produção de perigos ameaça o estado de segurança.⁶⁶³

Na medida em que o futuro passa a ser entendido como passível de controle temos o surgimento do conceito de risco. Em outras palavras, conforme explana Aurea Maria Zöllner Ianni, risco é o enfoque moderno da previsão e controle das consequências futuras e indesejadas da ação humana da modernidade.⁶⁶⁴ Na sociedade de risco, o perigo está articulado com os processos técnicos, científicos e administrativos e tem dimensão global, muitas vezes com manifestação local. No campo da saúde pública, temos o risco epidemiológico, que pode ser definido como “a probabilidade de ocorrência de um determinado evento relacionado à saúde, estimado a partir do que ocorreu no passado”⁶⁶⁵. A epidemiologia investiga e informa os fatores de risco, à título de exemplo, temos a fumaça do cigarro como fator de risco para alguns tipos de câncer nas vias respiratórias. Sabemos porém, que o reconhecimento dos fatores de risco levam tempo, e um amplo e intenso diálogo e pesquisa da comunidade científica. Hoje reconhece-se que a obesidade é fator de risco para as DCNTs, e seguimos avançando no reconhecimento dos processos de industrialização de

IANNI, Aurea Maria Zöllner. Saúde Pública e Sociedade de Risco. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 38-48, nov.2007/Fev.2008, p. 39.

⁶⁶³ BECK, Ulrich. La sociedad del riesgo global. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, 2002. apud IANNI, Aurea Maria Zöllner. Saúde Pública e Sociedade de Risco. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 38-48, nov.2007/Fev.2008, p. 41.

⁶⁶⁴ IANNI, Aurea Maria Zöllner. op. cit., p. 42.

⁶⁶⁵ LUIZ, Olinda do Carmo; COHN, Amélia. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 4. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/08.pdf> > . Acesso em: 7 dez. 2019.

alimentos e respectivas práticas de *marketing* globais como vetores fomentadores desse risco. Nessa esteira, a saúde pública constrói-se em torno da sociedade de risco global.

Anthony Giddens⁶⁶⁶ nos fala que no atual período de transição (alta modernidade), vivemos duas esferas de transformação: (1) atividades locais são influenciadas (ou determinadas) por acontecimentos ou organismos distantes; e (2) ações cotidianas de um indivíduo produzem consequências globais (exemplo: escolhas de consumo e seu impacto ambiental e social). Há um grau de descontrole sobre a gestão de riscos do futuro da humanidade. Giddens esclarece que a modernidade iluminista baseava-se na crença de que o conhecimento sobre o mundo social e natural (e a contestação das tradições) traria um controle sobre ele, chave da felicidade humana, ou seja, a posição ativa da humanidade coletiva poderia orientar a história para nossos ideais. No entanto, a modernidade tornou-se experimental, e os resultados das experiências do cotidiano demonstram uma ausência de controle.

Em suma, um pressuposto para compreensão da sociedade de risco é a distinção trazida por Beck entre a primeira e a segunda modernidade. A primeira é baseada nas sociedades dos Estado-nação, voltadas para a produção de riqueza, progresso, exploração da natureza, crença no controle assentado sobre a racionalidade. Já a segunda modernidade – para outros autores entendida como pós-modernidade, modernidade industrial tardia, etc. – é uma modernidade em que cai por terra a ideia de controlabilidade, certeza ou segurança. Na primeira, a sociedade industrial multiplica as ameaças produzidas. Na segunda, os perigos da sociedade industrial começam a dominar os debates e conflitos públicos e, de um lado, a sociedade ainda toma decisões segundo o padrão da primeira modernidade, porém, de outro, o sistema político enfrenta os debates originários do dinamismo da sociedade de risco. Nesse contexto estabelece-se a chamada “sociedade de risco global”, quando o risco se torna protagonista da sociedade. Importante notar que a construção do risco é social, ou seja, se dá numa rede de produção da percepção dos riscos incluindo o universo acadêmico-científico, grupos sociais organizados, mídia, política, senso comum, momento em que a sociedade torna-se reflexiva, preocupada com as consequências não desejadas dos avanços industriais.⁶⁶⁷ A própria escolha em investigar e tratar o tema da obesidade e as providências do Direito sobre seus

⁶⁶⁶ GIDDENS, A. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In: GIDDENS, A., BECK, U.; LASH, S. **Modernização reflexiva. Política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo: Editora Unesp, p. 73-133, 1997.

⁶⁶⁷ IANNI, Aurea Maria Zöllner. op. cit., p. 43-44.

determinantes é uma expressão dessa reflexividade que observa e avalia as consequências da industrialização alimentícia sobre a saúde humana.

Segundo Beck, na segunda modernidade, “são as regras, as instituições e as capacidades específicas que estruturam a identificação e a avaliação do risco em contextos culturais específicos”, sendo estas as matrizes do poder legal, epistemológico e cultural que se desenvolve a política do risco. Há, portanto, um constante jogo de poder das definições do risco. Algumas questões se impõem como: quem define e determina a inocuidade de produtos, a caracterização do perigo e dos riscos?; quem tem a responsabilidade de coibir os riscos?; quem se beneficia deles?; o que deve se considerar prova suficiente dos riscos?. Diante dos perigos iminentes, a ação política social emerge enquanto nova cultura, provocando novos pactos, regras e institucionalidades. Em saúde, há a necessidade de um novo pacto de segurança construído socialmente por uma sociedade argumentativa e interpretativa, no sentido de definir os riscos e dar-lhes visibilidade, com o reconhecimento do risco a partir do debate amplo de discursos diversificados de redes locais, regionais e globais entre esferas científicas, instituições, movimentos sociais, mídia, entre outros. ⁶⁶⁸

Adentrando na abordagem de Gilles Lipovetsky debruçamos um olhar sobre as características, diferenciações e semelhanças nas noções de pós-modernidade e hipermodernidade relativas ao funcionamento social e cultural das sociedades democráticas avançadas. Para esse autor, a pós-modernidade, teve seu momento a partir do final dos anos 70 e marcava a primazia do “aqui-agora”, o abalo dos alicerces da racionalidade, a perda de fé nas grandes ideologias da história, o surto de individualização, a expansão do consumo e da comunicação de massa, o enfraquecimento das normas autoritárias. Trata-se de uma modernidade de novo gênero. Por sua vez a hipermodernidade marca uma época da modernidade elevada à potência superlativa do hipercapitalismo e hiperindividualismo. Há um desencanto com a própria pós-modernidade, uma desmistificação da vida no presente (do *carpe diem*) sustentada pelo aumento das inseguranças. Crescem as preocupações relativas ao futuro planetário, riscos ambientais, análises de risco e tentativas de previsão e prevenção técnico-científico.⁶⁶⁹ As mudanças de atitude em relação à saúde são exemplo disso: a moral

⁶⁶⁸ IANNI, Aurea Maria Zöllner. op. cit., p. 45-46.

⁶⁶⁹ LIPOVETSKY, Gilles. Tempo contra tempo, ou a sociedade hipermoderna. In: Lipovetsky, Gilles. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo, Editora Barcarolla, 2004.

do aqui-agora (*carpe diem*, ideais hedonistas) cede lugar ao culto da saúde, ideal de longevidade, ideologia da prevenção e medicalização da existência. Indivíduos passam a renunciar satisfações imediatas, reorientando seus comportamentos. A medicina passa a operar com enfoque preventivo, intervindo antes do aparecimento de sintomas, estimulando monitoramento da saúde, exames clínicos, vigilância higienista. O hiperindividualismo é menos instantaneísta que projetivo, menos desfrutador que preventivo. A relação com o presente integra cada vez mais a dimensão do porvir.⁶⁷⁰ Nesse universo, a promoção da saúde por meio da alimentação passa a fazer parte dos interesses cotidianos dos indivíduos como tentativa de controle do futuro.

Pensando ainda na interação Estado-Sociedade, Foucault nos traz reflexões sobre a biopolítica nas sociedades: o poder do Estado que transita do poder da soberania (“poder fazer morrer”), para a tecnologia do biopoder sobre a população (com um poder contínuo, científico), que é o “poder de fazer viver”. O poder passa a ser cada vez mais o direito de intervir para fazer viver (e na maneira de viver), sobretudo para aumentar a vida, controlar seus acidentes e suas eventualidades. Esse poder, passa então a ter domínio não sobre a morte, mas sobre a mortalidade (levando em conta a população, seus processos biológicos e os mecanismos regulamentadores do Estado).⁶⁷¹ Tais temas nos levam a refletir sobre o “biopoder” do Estado de intervir ou não no processo de adoecimento da população tendo os maus hábitos alimentares constituídos e estimulados pelo poder econômico de grandes indústrias alimentícias. A atividade reguladora do Estado sobre as atividades comerciais que colocam em risco a saúde alimentar seriam, então, o atual “poder de fazer viver”?

Diante disso, precisamos de leis ou normas para cobrar determinado comportamento? A leitura de *Protágoras*, de Platão, nos traz a dimensão do quanto fazer política é trabalhoso, e que um dos caminhos para a transmissão de valores nos tempos em que vivemos é por meio da Lei. O Estado Moderno é o Estado de Direito, em que, na teoria do contrato social, os indivíduos abrem mão de sua liberdade para serem mais livres, ou seja, aceita-se as regras do Estado em nome da paz social. Entretanto, sabemos que contrato social é uma abstração, e as

⁶⁷⁰ LIPOVETSKY, Gilles. Tempo contra tempo, ou a sociedade hipermoderna. In: LIPOVETSKY, Gilles. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Editora Barcarolla, 2004.

⁶⁷¹ FOUCAULT, M. Aula de 17 de Março de 1976. In: _____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, p. 285-315, 2005.

características da sociedade hipermoderna tendem a contestar e revisitar as funções do Estado. Vejamos então o histórico da atuação do Estado no âmbito alimentar.

8.2 Histórico da intervenção estatal no âmbito alimentar

Importante notar que a intervenção estatal na seara alimentar para garantia de segurança sanitária aos consumidores possui um histórico já de longa data. Desde a Antiguidade há relatos de manuscritos egípcios, gregos e romanos sobre práticas de inspeção de qualidade e práticas contra fraude aos consumidores. O *poder de polícia dos alimentos* tinha como enfoque exclusivo a defesa contra os perigos visíveis que afetavam a inocuidade dos alimentos. Entretanto, mais tarde, quando transitamos da sociedade técnica para sociedade de risco, novos desafios e demanda se impõem.⁶⁷²

Tradicionalmente, no Estado liberal de direito, a atuação do poder público se dá em nome da ordem pública tendo em vista a garantia da salubridade dos gêneros, sempre com base na legalidade para repressão de violações, de forma a defender a sociedade dos perigos alimentares, em regra, perceptíveis aos sentidos (visão, olfato, paladar e tato). Nesse sentido, as preocupações da sociedade e do Estado estavam adstritas a questões como quantidade dos alimentos (diante de crises de fome e abastecimento), qualidade dos gêneros, variações de tamanho, rotulagem enganosa e qualidade deficiente.⁶⁷³

A conclamação de um Estado liberal de direito, como contraponto ao Estado absoluto, tinha como valor a abolição da arbitrariedade da atividade estatal, sendo esta condicionada à liberdade individual conforme marco de equilíbrio estabelecido por lei.⁶⁷⁴ Nessa configuração, os riscos emergentes das atividades econômicas estavam apartados das discussões da comunidade política, apoiando-se no racional de que o progresso técnico aperfeiçoaria o bem-estar coletivo e social com ampla distribuição de seus efeitos positivos.⁶⁷⁵ Nesse contexto, a

⁶⁷² MORGADO, Cíntia. **O direito administrativo do risco: a nova intervenção estatal sob o enfoque da segurança alimentar**. 1. Ed., Rio de Janeiro: Gramma, 2016.

⁶⁷³ OMS/FAO. **Qué es el codex alimentarius**. Roma, 2018, p.2. Disponível em: <<http://www.fao.org/3/CA1176Es/ca1176es.pdf>>. Acesso em: 31 set. 2019.

⁶⁷⁴ MORGADO, Cíntia. op. cit. p.5.

⁶⁷⁵ BECK, Ulrich. **La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad**. Barcelona: Editorial Paidós, 1986, p.32.

intervenção estatal com monopólio do uso legítimo da força estava adstrita a guardar a convivência ordeira e a garantir segurança interna e externa, justificada apenas pela incapacidade da sociedade de garanti-la por seus próprios meios.⁶⁷⁶

Na lição de Dalmo de Abreu Dallari, dentro da perspectiva do relacionamento do Estado com os indivíduos, e conforme a amplitude das funções do Estado, há uma ordem de teorias que propõe *fins expansivos, limitados e relativos* de acordo com o comportamento do Estado em função dos objetivos a atingir. Trazemos destaque à descrição da teoria do Estado de fins limitados:

Fins limitados. São favoráveis aos fins limitados, reduzindo ao mínimo as atividades do Estado, todas aquelas teorias que dão ao Estado a posição de mero vigilante da ordem social, não admitindo que ele tome iniciativas, sobretudo em matéria econômica. Entre os adeptos dessa posição, alguns dão ao Estado a função exclusiva de preservação de segurança, daí derivando a expressão *Estado-polícia*, para indicar que o Estado só deveria agir para proteger a segurança dos indivíduos nos casos de ameaça externa ou de grave perturbação interna. Outra importante corrente dá ao Estado, exclusivamente, a função de proteger a liberdade individual, emprestando um sentido muito amplo ao termo *liberdade*, não admitindo que qualquer indivíduo sofra a mínima restrição em favor de outro indivíduo, da coletividade ou do Estado. Está é a linha de orientação do chamado *Estado-liberal*, cuja inspiração se atribui a John Locke, por suas obras de críticas ao absolutismo inglês, tendo essa diretriz política exercido grande influência prática, associada ao liberalismo econômico de Adam Smith e outros.⁶⁷⁷

No paradigma liberal temos a máxima dos valores burgueses, individuais e o caráter negativo da liberdade enquanto dever de abstenção do Estado, de forma que o poder público está restrito à garantia do mínimo de ordem necessária ao máximo de liberdade.⁶⁷⁸

Destaca-se nessa temática o *direito à livre iniciativa econômica*, que corporifica os fundamentos basilares do liberalismo econômico e político. Tem como base o princípio da liberdade de iniciativa econômica, segundo o qual os particulares tem o poder de criar e desenvolver uma atividade econômica, disciplinando-a juridicamente conforme seus

⁶⁷⁶ GRIM, Dieter. **Constitucionalismo y derechos fundamentales**. Traducción de Raúl Sanz Burgos, Jose Luis Muñoz de Baena Simón. Madrid: Editorial Trotta, 2006, p.59-60, 180. apud MORGADO, Cíntia. op. cit. p.5.

⁶⁷⁷ DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. 22. ed. São Paulo: Saraiva, 2001, p.105.

⁶⁷⁸ CANOTILHO, José Joaquim Gomes. O círculo e a linha. Da liberdade dos antigos à liberdade dos modernos na teoria republicana dos direitos fundamentais. In: CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Estudos sobre direitos fundamentais**. Coimbra: Coimbra Editora, 2004. p. 30-32. apud MORGADO, Cíntia. op. cit. p.7.

interesses.⁶⁷⁹ Nessa lógica, a autonomia contratual opera como instrumento de organização das relações produtivas, dentro de um racional teórico de equilíbrio entre as partes, afastando intervenção externa para dirimir interesses.

Tais considerações são importantes para a compreensão do *poder de polícia dos alimentos*. Apesar das máximas contrárias à interferência pública resultantes da concepção do Estado Liberal e das influências da Revolução Francesa, é previsto um espaço próprio da injunção estatal sobre a vida privada, restringindo-se o sentido amplo de poder de polícia à tutela da ordem pública dentro da fórmula: segurança, tranquilidade e salubridade.⁶⁸⁰ “Trata-se de um Estado mínimo, desinteressado na ordenação das relações econômicas e sociais, confiadas ao mercado e aos particulares, mas responsável por manter as condições de convivência dos direitos.”⁶⁸¹

A noção de poder de polícia⁶⁸² que melhor se ajusta ao modelo liberal apresenta três elementos constantes: (i) subjetivo, (ii) objetivo, e (iii) teleológico.⁶⁸³ Pensando no poder de polícia dos alimentos, temos o Estado como elemento subjetivo, sendo sua tarefa a prevenção dos perigos e a repressão de infrações à ordem pública.

Por sua vez, o elemento objetivo do poder de polícia dos alimentos está nas limitações e condicionamentos à atividade privada. Originalmente, a liberdade de comércio poderia sofrer restrições por meio do controle de preços, pesos e medidas dos gêneros alimentícios, sendo o poder de polícia sanitário autorizado a realizar inspeção dos produtos alimentícios e impedir a venda dos produtos nocivos ao consumo e dos que não apresentam critérios mínimos de

⁶⁷⁹ AMARAL NETO, Francisco dos Santos. A liberdade de iniciativa econômica: fundamento, natureza e garantia constitucional. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 23, n. 92, out./dez, 1986, p.228. apud MORGADO, Cíntia. op. cit. p.7-8.

⁶⁸⁰ MEDAUAR, Odete. Poder de Polícia. **Revista de Direito Administrativo**. Rio de Janeiro, n.199, p. 89-96, jan./mar. 1995.

⁶⁸¹ MORON, Miguel Sanchez. **Derecho administrativo**. Parte general. Madrid: Technos, 2009. p. 634. SUNDFELD, Carlos Ari. **Direito administrativo ordenador**. 1a ed. São Paulo: Malheiros, 2003. p.9. apud MORGADO, Cíntia. op. cit. p.12.

⁶⁸² Presente no Código Tributário Nacional: Art. 78. Considera-se poder de polícia atividade da administração pública que, limitando ou disciplinando direito, interesse ou liberdade, regula a prática de ato ou abstenção de fato, em razão de interesse público concernente à segurança, à higiene, à ordem, aos costumes, à disciplina da produção e do mercado, ao exercício de atividades econômicas dependentes de concessão ou autorização do Poder Público, à tranquilidade pública ou ao respeito à propriedade e aos direitos individuais ou coletivos. BRASIL. **Código Tributário Nacional - Lei n. 5172 de 25 de outubro de 1966**.

⁶⁸³ CRETELLA JUNIOR, José. **Tratado de direito administrativo. Poder de polícia e polícia**. 2a ed. Rio de Janeiro: Forense, 2006, p.4. apud MORGADO, Cíntia. op. cit. p.12.

qualidade, de forma a evitar epidemias e melhorar o nível de saúde pública, sendo tal intervenção reduzida à correção de desvios.⁶⁸⁴

Por fim, o elemento teleológico do poder de polícia dos alimentos seria a ordem pública alimentar, sendo a salubridade sua essência. Salienta-se que a referência do poder de polícia é a lei. O foco principal da polícia de alimentos seria a prevenção ou a repressão de atividades e produtos ilegais.⁶⁸⁵

No universo originário do *poder de polícia alimentar*, perigos ou riscos de determinadas atividades, processos e produtos, eram conhecidos, e portanto, suscetíveis ao controle, prevenção, ordenação e repressão. A relação de causalidade entre a situação geradora de ação administrativa e atenção a um bem juridicamente protegido eram claras, certas ou com relevante grau de probabilidade. Tratam-se de riscos facilmente calculáveis pelo conhecimento vigente. De um lado, a tipificação das condutas geradoras do perigo, de outro, as consequências jurídicas da transgressão.⁶⁸⁶ Entretanto, com o avanço da sociedade de risco global, tal relação torna-se mais complexa.

Hoje chamam atenção novos riscos do desenvolvimento. Para além da preocupação acerca da higiene, qualidade e melhoria das propriedades dos produtos, a indústria agroalimentar foca em criar novas técnicas para superar os riscos criados por ela mesma. Ou seja, temos um exemplo concreto da modernidade reflexiva, que leva a sociedade, o Estado e o Direito a tomada de consciência coletiva e reflexão sobre as falhas do projeto de sociedade industrial, de forma a revisitar referências anteriores, pautados no avanço da ciência. Para ilustrar, crescem perante a sociedade as preocupações em relação aos efeitos adversos à saúde humana e ambiental relativas as técnicas de transformação do alimentos desde a sua produção com o uso de agrotóxicos, técnicas de engenharia genética, à transformação industrial dos alimentos com uso de conservantes e aditivos. O avanço da ciência e da pesquisa em torno dos produtos alimentícios ultraprocessados e sua associação com a obesidade e outras DCNTs vem nessa esteira da sociedade reflexiva de risco global.

⁶⁸⁴ CARVALHO, Cristiano. Direito sanitário brasileiro. In: CARVALHO, Cristiano et al (org). **O direito sanitário brasileiro**. São Paulo: Quartier Latin, 2004. p. 22. apud MORGADO, Cíntia. op. cit. p.14.

⁶⁸⁵ Destacamos esse ponto, pois, de forma descontextualizada, argumenta-se que os alimentos ultraprocessados promotores de obesidade não podem sofrer regulação pois são produtos de comercialização autorizada, ou seja, não são ilegais. Retomaremos essa reflexão mais à frente.

⁶⁸⁶ MORGADO, Cíntia. op. cit. p.18.

É nesse cenário que o tradicional mecanismo de intervenção estatal no âmbito alimentar encontra o desafio de transformar-se e reinventar-se para enfrentar os novos riscos emergentes da industrialização e das percepções da sociedade de risco global.

Nesse ponto, vale trazer notas sobre a diferenciação dos conceitos de risco e perigo, para melhor entendermos as transformações das atividades estatais a respeito. A diferenciação entre perigo e risco de acordo com a doutrina da imputação⁶⁸⁷, reza que o perigo advém do ambiente, do meio, da natureza, já o risco é socialmente criado, ou seja, provém da conduta de um agente (indivíduos ou sistemas sociais). Nessa perspectiva, *perigo alimentar* tem origens naturais (vírus, bactérias, fungos ou outros microrganismos presentes no ambiente e substâncias tóxicas por eles secretadas, insetos, roedores e outras contaminações), sendo, portanto, perceptível aos sentidos. Por sua vez, o *risco alimentar* advém da ação humana, podendo ocorrer em qualquer das fases de produção, transformação e distribuição dos gêneros alimentícios, por exemplo, com o uso de agrotóxicos nos cultivos, uso inadequado de aditivos, radioatividades, transgenia, sendo, em regra, imperceptível aos sentidos. Assim, os riscos alimentares são em parte riscos tecnológicos e riscos sociais. Estes identificando-se com o comportamento humano, sem utilizar a técnica ou a química, aqueles, decorrentes de um comportamento humano, com a utilização de inovações tecnológicas ou químicas.⁶⁸⁸ Já na legislação, prevalece a perspectiva de que perigo e risco associam-se a probabilidade/previsibilidade de ocorrência de um fato lesivo ou danoso.

Com a evolução histórica, e as transformações das exigências sociais quanto às atribuições do Estado diante da crise do regime liberal do fim do século XIX, torna-se insuficiente o núcleo mínimo de atribuições estatais restrito a evitar “a produção de eventos cuja ocorrência estava causalmente determinada (em razão da sua iminência) ou era causalmente determinável (por recurso a regra de experiência)”.⁶⁸⁹ As tarefas estatais passam a ter de atender as expectativas de previsibilidade de riscos futuros, conforme o processo de transformação técnico-científico da sociedade. Os novos riscos impulsionam ações *à priori*

⁶⁸⁷ LUHMAN, Niklas. *Soziologie des risikos*. Berlin/New York, 1991. apud LOUREIRO, João. Da sociedade técnica de massas à sociedade de risco: prevenção e tecnociência. Algumas questões juspublicistas. In: **Estudos de Homenagem ao Professor Doutor Rogério Soares**. Coimbra: Coimbra Editora, 2001. apud MORGADO, Cíntia. op. cit. p.27.

⁶⁸⁸ FONT, Mariola Rodriguez. **Regimen jurídico de la seguridad alimentaria: la policia administrativa a la gestión de riesgos**. Madrid: Marcial Pons, 2007, p.93. apud MORGADO, Cíntia. op. cit. p.27.

⁶⁸⁹ GOMES, Carla Amado. **Risco e modificação do acto autorizativo concretizador de deveres de proteção do ambiente**. Coimbra: Coimbra Editora, 2007, p.418. apud MORGADO, Cíntia. op. cit. p.36.

por parte dos poderes públicos fundamentadas nas garantias de valores fundamentais, como meio ambiente, saúde e segurança, enquanto antes, no regime liberal clássico, estavam restritos à esfera das relações jurídicas privadas.

Importante notar que o antigo modelo de poder de polícia dos alimentos não é superado, pois continua necessário diante dos perigos naturais e visíveis (como epidemias ou adulterações de comidas) e riscos previsíveis pelo conhecimento médio, mas passa a coexistir com outras formas de intervenção administrativa e outros modelos de controle decorrentes de atividades com componente tecnológico complexo.

Salientamos por fim, conforme já comentado, que o modelo tradicional do poder de polícia dos alimentos era orientado em prevenir ou reprimir atividades ilegais almejando a eliminação total do perigo, diferentemente da gestão dos riscos que não se restringe ao direito positivo, mas considera referências científicas e técnicas sobre os possíveis riscos para que os mesmos sejam mitigados.

8.3 Desafios da intervenção estatal com enfoque em produtos alimentícios ultraprocessados

E quando estamos diante dos riscos gerados por produtos alimentícios com comercialização legalmente autorizada pelos órgãos reguladores competentes? E mais, e quando esses mesmos produtos, que geram riscos à saúde, são culturalmente aceitos e ofertados a populações mais vulneráveis, como o público infantil? É nessa esfera que adentramos a complexidade acerca da possibilidade de intervenção estatal.

Aqui, fazemos remissão ao Capítulo 3, da Parte I desse trabalho, onde se encontram documentadas algumas das principais evidências científicas sobre a relação do consumo de produtos alimentícios ultraprocessados e o risco de DCNTs. Em apertada síntese, destacamos algumas das evidências já compiladas:

“Inquéritos dietéticos, pesquisas de aquisição domiciliar de alimentos e estatísticas de vendas de alimentos realizados em diversos países demonstraram associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e as diversas situações prejudiciais à saúde,

como: síndrome metabólica em adolescentes e adultos^{690,691}, excesso de peso e obesidade em todas as idades^{692,693,694,695,696,697,698,699}, colesterol total e LDL altos em crianças⁷⁰⁰, morte por doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral em todas as idades^{701,702} e morte por todas as causas em adultos⁷⁰³, asma e chiado em adolescentes⁷⁰⁴, hipertensão em adultos⁷⁰⁵, adiposidade corporal (consumo por gestantes e desfecho em recém-nascidos)⁷⁰⁶, baixas concentrações séricas de enterodiol e enterolactona em todas as idades⁷⁰⁷, câncer geral e de mama em adultos⁷⁰⁸ e distúrbios gastrointestinais funcionais em adultos⁷⁰⁹. No Brasil, a análise

⁶⁹⁰ TAVARES, L.F.; FONSECA, S.C.; GARCIA ROSA, M.L. et al. Relationship between ultra-processed foods and metabolic syndrome in adolescents from a Brazilian Family Doctor Program. **Public Health Nutr**, v.15, n.1, p.82-87, 2012.

⁶⁹¹ LAVIGNE-ROBICHAUD, M.; MOUBARAC, J.-C.; LANTAGNE-LOPEZ, S. et al. Diet quality indices in relation to metabolic syndrome in an Indigenous Cree (Eeyouch) population in northern Québec, Canada. **Public Health Nutr**, v.21, n.1, p.172-180, 2018.

⁶⁹² CANELLA, D.S.; LEVY, R.B.; MARTINS, A.P.B. et al. Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). **PLoS One**, v.9, n.3, p.e92752, 2014.

⁶⁹³ LOUZADA, M.L.C.; MARTINS A.P.B.; CANELLA D.S. et al. Impact of ultra-processed foods on micronutrient content in the Brazilian diet. **Rev Saude Publica**, v.49, p.1-8, 2015.

⁶⁹⁴ SILVA, F.M.; GIATTI, L.; DE FIGUEIREDO, R.C. et al. Consumption of ultra-processed food and obesity: cross sectional results from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) cohort (2008-2010). **Public Health Nutr**, v.21, n.12, p.1-9, 2018.

⁶⁹⁵ PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Ultra-processed food and drink products in Latin America: trends, impact on obesity, policy implications**. Washington DC: OPAS, 2015.

⁶⁹⁶ MENDONÇA, R.D.; PIMENTA, A.M.; GEA, A. et al. Ultra-processed foods consumption and risk of overweight/obesity: The SUN cohort study. **Am J Clin Nutr**, v.104, n.5, p.1433-1440, 2016.

⁶⁹⁷ MONTEIRO, C.A.; MOUBARAC, J.-C.; LEVY, R.B. et al. Household availability of ultra-processed foods and obesity in nineteen European countries. **Public Health Nutr**, v.21, n.1, p.18-26, 2018.

⁶⁹⁸ JUUL, F.; MARTINEZ-STEELE, E.; PAREKH, N. et al. Ultra-processed food consumption and excess weight among US adults. **Br J Nutr**, v.120, n.1, p.90-100, 2018.

⁶⁹⁹ NARDOCCI, M.; LECLERC, B.S.; LOUZADA, M.L. et al. Consumption of ultra-processed foods and obesity in Canada. **Can J Public Health**, v.100, n1, p.4-14, 2018.

⁷⁰⁰ RAUBER, F.; CAMPAGNOLO, P.D.; HOFFMAN, D.J. et al. Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: a longitudinal study. **Nutr Metab Cardiovasc Dis**, v.25, n.1, p.116-122, 2015.

⁷⁰¹ MOREIRA, P.V.; BARALDI L.G.; MOUBARAC, J.-C. et al. Comparing different policy scenarios to reduce the consumption of ultra-processed foods in UK: impact on cardiovascular disease mortality using a modelling approach. **PLoS One**, v.10, n.2, p.e0118353, 2015.

⁷⁰² MOREIRA, P.V.; HYSENI L.; MOUBARAC J.-C. et al. Effects of reducing processed culinary ingredients and ultra-processed foods in the Brazilian diet: a cardiovascular modelling study. **Public Health Nutr**, v.21, n.1, p.181-188, 2018.

⁷⁰³ SCHNABEL, L.; KESSE-GUYOT, E.; ALLÈS B. et al. Association between ultraprocessed food consumption and risk of mortality among middle-aged adults in France. **JAMA Intern Med**, 2019. [Epub ahead of print]

⁷⁰⁴ MELO, B.; REZENDE, L.; MACHADO, P. et al. Associations of ultra-processed food and drink products with asthma and wheezing among Brazilian adolescents. **Pediatr Allergy Immunol**, v.29, n.5, p.504-511, 2018.

⁷⁰⁵ MENDONÇA, R.D.; LOPES, A.C.; PIMENTA, A.M. et al. Ultra-processed food consumption and the incidence of hypertension in a mediterranean cohort: the seguimiento Universidad de Navarra Project. **Am J Hypertens**, v.30, n.4, p.358-366, 2017.

⁷⁰⁶ ROHATGI, K.W.; TINUS, R.A.; CADE, W.T. et al. Relationships between consumption of ultra-processed foods, gestational weight gain and neonatal outcomes in a sample of US pregnant women. **PeerJ**, v.5, p.e4091, 2017.

⁷⁰⁷ STEELE, E.M.; MONTEIRO, C.A. Association between dietary share of ultra-processed foods and urinary concentrations of phytoestrogens in the U.S. **Nutrients**, v.9, n.3, p.1-15, 2017.

⁷⁰⁸ FIOLET, T.; SROUR, B.; SELLEM, L. et al. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort. **BMJ**, v.360, k322, 2018.

dos dados de consumo alimentar individual da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009 demonstrou a associação do consumo de alimentos ultraprocessados com a ocorrência de obesidade em adolescentes e adultos ⁷¹⁰. Após o ajuste para as características sociodemográficas, o tabagismo e a atividade física, o consumo de alimentos ultraprocessados foi associado a maior média de índice de massa corporal (IMC) e maior prevalência de excesso de peso e obesidade.”⁷¹¹

Conforme já comentado na primeira parte desse trabalho, a associação entre o consumo de produtos alimentícios ultraprocessados e os desfechos em saúde é explicado por potenciais mecanismos da forma de venda e do perfil nutricional desfavorável desses produtos, que em geral, apresentam maior densidade energética, mais açúcar livre, gorduras total, saturada e *trans* e menos fibras comparados ao conjuntos dos outros alimentos. Sobre isso, há sólida evidência em estudos realizados no Brasil e no mundo, tendo como base, dados de pesquisas de compras de alimentos, inquéritos de consumo alimentar individual e análises de produtos disponíveis em supermercados.⁷¹² Nesse sentido:

“Dietas com alta densidade energética comprometem a capacidade de o organismo humano regular o balanço energético, aumentando o risco de ganho excessivo de peso.⁷¹³ O abuso de açúcar livre também aumenta o risco de ganho excessivo de peso e da obesidade,⁷¹⁴ além de aumentar a incidência de cárie dental.⁷¹⁵ Conteúdos exagerados de gorduras saturadas e *trans* aumentam a morbidade e a mortalidade por doenças cardiovasculares.^{716, 717} Por outro lado, a ingestão insuficiente de fibras aumenta o risco de obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e vários tipos de câncer, como de cólon, de reto e de mama,^{718,719} enquanto a ingestão insuficiente de

⁷⁰⁹ SCHNABEL, L.; BUSCAIL, C.; SABATE, J.M. et al. Association between ultra-processed food consumption and functional gastrointestinal disorders: results from the French NutriNet-Santé Cohort. **Am J Gastroenterol**, v.113, n.8, p.1217-1228, 2018.

⁷¹⁰ LOUZADA, M.L.C.; BARALDI, L.G.; STEELE, E.M. et al. Consumption of ultra-processed foods and obesity in Brazilian adolescents and adults. **Prev Med**, v.81, p.9-15, 2015.

⁷¹¹ LOUZADA, Maria Laura da Costa et al. **Alimentação e saúde: a fundamentação científica do guia alimentar para a população brasileira**. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2019, p. 46.

⁷¹² LOUZADA, Maria Laura da Costa et al. op. cit., p. 55.

⁷¹³ ROLLS, B.J. The relationship between dietary energy density and energy intake. **Physiol Behav**, v.97, n.5, p.609-615, 2009.

⁷¹⁴ TE MORENGA, L.; MALLARD, S.; MANN, J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. **BMJ**, v.346, p.e7492, 2013.

⁷¹⁵ MOYNIHAN, P.J.; KELLY, S.A. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. **J Dent Res**, v.93, n.1, p.8-18, 2014.

⁷¹⁶ MOZAFFARIAN, D.; ARO, A.; WILLETT, W.C. Health effects of trans-fatty acids: experimental and observational evidence. **Eur J Clin Nutr**, v.63, n.2, p.5-21, 2009.

⁷¹⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fats and fatty acids in human nutrition**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2009.

⁷¹⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2003.

potássio aumenta o risco de hipertensão arterial.⁷²⁰ Nesse panorama, evidências recentes apontam que o alto consumo de açúcar e de gorduras e o baixo consumo de fibras podem induzir a disbiose intestinal, promovendo uma resposta pró-inflamatória e, conseqüentemente, um “intestino permeável”, que aumenta o risco de doenças autoimunes como diabetes e doença celíaca.^{721, 722}

O consumo de produtos alimentícios ultraprocessados aumenta o risco de desfechos em saúde não apenas pelo intrínseco perfil nutricional inadequado, mas também por outras características relacionadas à forma de comercialização e consumo. Os produtos alimentícios ultraprocessados são tipicamente produtos de conveniência, por terem longa vida de prateleira, isto é, não se deterioram em curto prazo, por isso, são considerados práticos para a vida moderna. Costumam ser comercializados em formas portáteis, de maneira que possam ser consumidos em qualquer lugar, como diante da televisão, nos meios de transporte, dispensando uso de pratos e talheres, facilmente substituindo refeições preparadas na hora com base em alimentos *in natura* ou minimamente processados.

Outra característica que impacta na forma de consumo desses alimentos diz respeito à hiperpalatabilidade gerada graças às técnicas de processamento, que em geral retiram a água dos alimentos de forma parcial ou total, somam altas quantidades de açúcares, sal/sódio e gorduras e usam aditivos, como realçadores de sabor, agentes texturizantes. Com isso, pode-se danificar os processos endógenos que sinalizam a saciedade e controlam o apetite, estimulando o consumo excessivo e despercebido de calorias (*mindless eating*)^{723,724}.

Conforme já comentado, produtos alimentícios ultraprocessados são fabricados com uma ampla gama de aditivos alimentares com função cosmética, tais quais emulsificantes, espessantes e corantes. O uso de tais aditivos é permitido por lei, entretanto crescem as evidências de que não são inofensivos:

⁷¹⁹ MOYNIHAN, P.J.; KELLY, S.A. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. **J Dent Res**, v.93, n.1, p.8-18, 2014.

⁷²⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Effect of increased potassium intake on cardiovascular disease, coronary heart disease and stroke. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2012.

⁷²¹ AGUAYO-PATRÓN, S.V.; LA BARCA, A.M. Old fashioned vs. ultra-processed-based current diets: possible implication in the increased susceptibility to type 1 diabetes and celiac disease in childhood. **Foods**, v.6, n.1, p.100, 2017.

⁷²² LOUZADA, Maria Laura da Costa et al. op. cit. 2019, p. 55.

⁷²³ LUDWIG, D.S. Technology, diet, and the burden of chronic disease. **JAMA**, v.305, n.13, p.1352-1353, 2011. Apud LOUZADA, Maria Laura da Costa et al. Op. cit. 2019, p. 65.

⁷²⁴ OGDEN, J.; COOP, N.; COUSINS, C. et al. Distraction, the desire to eat and food intake. Towards an expanded model of mindless eating. **Appetite**, v.62, p.119-126, 2013. Apud LOUZADA, Maria Laura da Costa et al. Op. cit. 2019, p. 65.

Revisão recente sugere que o aumento do consumo de substâncias como emulsificantes, surfactantes, solventes orgânicos, transglutaminase microbiana e nanopartículas pode estar vinculado ao aumento da prevalência de doenças autoimunes nas últimas décadas. A hipótese baseia-se no fato de que essas substâncias danificam mecanismos de proteção intestinal contra antígenos externos e, assim, aumentam o risco de doenças imunológicas.⁷²⁵ Estudo experimental demonstrou que camundongos que receberam baixas concentrações de emulsionantes comumente utilizados pela indústria – carboximetilcelulose e polissorbato 80 – apresentaram alterações da microbiota intestinal que levaram à inflamação, ganho de peso e síndrome metabólica⁷²⁶. Adoçantes artificiais não calóricos, visando inicialmente a redução da ingestão de calorias e da glicemia, também estão relacionados a danos na microbiota intestinal e ao aumento da intolerância à glicose em camundongos e em humanos.^{727,728}

Recaímos aqui na questão da complexidade da intervenção estatal quando tratamos do comércio de produtos alimentícios ultraprocessados. Há dificuldades de enquadrá-los no conceito clássico de produtos perigosos, pois seu consumo ocasional e eventual não leva automaticamente e imediatamente à causalidade da doença, diferentemente de um produto alimentício contaminado por bactérias, por exemplo. O perigo não é visível aos olhos e aos sentidos. Há, entretanto, uma conjunção de fatores, que vão desde as características intrínsecas desses alimentos (seu perfil nutricional alto em açúcar, gorduras e sal/sódio, a hiperpalatabilidade ocasionada pelo uso de aditivos, etc.) às formas de comercialização e consumo (*marketing* agressivo, muitas vezes voltados aos consumidores mais vulneráveis, como as crianças), que levam ao prejuízo à saúde. É possível dizer que temos, hoje, evidências suficientes do risco desses produtos, porém não ao ponto de os mesmos terem sua comercialização proibida, mas sim consolidando o papel do Estado regulador para que tais riscos sejam mitigados.

Cumpra-se investigar, de que forma a legislação brasileira trata da proteção à saúde e segurança frente (1) aos riscos normais ou previsíveis dos produtos; (2) produtos nocivos ou perigosos à saúde; (3) produtos com alto grau de nocividade ou periculosidade à saúde. Tal tarefa será endereçada no ponto 9.2.4 desse trabalho.

⁷²⁵ LERNER, A.; MATTHIAS, T. Changes in intestinal tight junction permeability associated with industrial food additives explain the rising incidence of autoimmune disease. **Autoimmun Rev**, v.14, n.6, p.479-489, 2015.

⁷²⁶ CHASSAING, B.; KOREN, O.; GOODRICH, J.K. et al. Dietary emulsifiers impact the mouse gut microbiota promoting colitis and metabolic syndrome. **Nature**, v.519, n.7541, p.92-96, 2015.

⁷²⁷ SUEZ, J.; KOREM, T.; ZEEVI, D. et al. Artificial sweeteners induce glucose intolerance by altering the gut microbiota. **Nature**, v.514, n.7521, p.181-186, 2014.

⁷²⁸ LOUZADA, Maria Laura da Costa et al. Op. cit. 2019, p. 66.

8.4. Função estatal de segurança e o dever de proteção de direitos fundamentais

A trajetória do Estado Liberal ao Estado Regulador reflete as mudanças da sociedade moderna à hipermodernidade. Encara-se o paradoxo da liberdade, onde o máximo de liberdade converte-se em máxima opressão, expressas nas contradições geradas pela Revolução Industrial, levando à reivindicação pelo proletariado por direitos econômicos e sociais. O Estado Social passa a prestar ações positivas para equilibrar as relações jurídicas sociais, tais quais as trabalhistas, previdenciárias, entre outras. Vive-se hoje, no entanto, uma nova fase, em que “as novas técnicas provocam riscos que superam os perigos da primeira fase de industrialização, ultrapassam a esfera particular resolvida pelo direito privado”.⁷²⁹ Em outras palavras, o risco que antes era resolvido por aqueles que causavam e sofriam danos, deixa de ser uma responsabilidade exclusiva do indivíduo como componente de sua liberdade. Sobre isso, destacamos:

O risco, nos dias atuais, entretanto, extravasa o marco da responsabilidade civil e sua genuína função reparadora para se converter em problema de Estado e de responsabilidade política que reclama a intervenção dos poderes públicos e não como uma orientação reparadora, senão de prevenção, redução e, na medida do possível, na eliminação de riscos.⁷³⁰

Importante reforçar que desde sempre o Estado constitui-se ante a necessidade primordial de prover segurança. A garantia de paz e segurança é a razão principal para a construção de um poder político, conforme explanam os autores contratualistas do iluminismo.⁷³¹ Antes mesmo dos Estados estarem vinculados aos direitos fundamentais, eles

⁷²⁹ MORGADO, Cíntia. op. cit. p.29.

⁷³⁰ ESTEVE PARDO, Jose. **Técnica, riesgo y derecho. Tratamiento del riesgo tecnologico en el derecho ambiental**. Barcelona: Editorial Ariel, 1999, p.31. apud MORGADO, Cíntia. op. cit. p.29.

⁷³¹ “Na linha das colocações de Aristóteles, foi publicada em 1762 a obra “O Contrato Social”, de Jean-Jacques Rousseau, na qual se afirma que o homem é essencialmente bom e que a liberdade é um direito natural de todos, que foi retirado de muitos pelas ambições e pela força dos mais fortes. E propõe a formação de um acordo de todos, o contrato social, para uma convivência justa. E assim resume sua proposta: “Encontrar uma forma de associação que defenda e proteja de toda a força comum a pessoa e os bens de cada associado, e pela qual cada um, unindo-se a todos, não obedeça senão a si mesmo e permaneça tão livre como anteriormente”.” DALLARI, Dalmo de Abreu. Implementação dos direitos humanos no século XXI. [obra não publicada], p. 3.

estabeleciam-se como mecanismos mais ou menos eficazes de providência de segurança aos membros da comunidade em face a ameaças internas ou externas.

Na sociedade atual o que muda são as expectativas e exigências endereçadas ao Estado, principalmente diante dos novos problemas emergentes da “sociedade de risco global”. Quanto mais amplas as ameaças, maior será o conceito de segurança. E quanto mais a sociedade segue a tendência de antecipação das ameaças, mais a garantia de segurança adquire um sentido preventivo. Somado a isso, a intervenção governamental é impelida a considerar a justiça intergeracional, isto é, as consequências de sua ação ou inação para com os direitos das gerações futuras.

Interessante notar a mutação do sentido da garantia de segurança pelo Estado, que em última instância servirá como fundamentação do instituto dos deveres estatais de proteção de direitos fundamentais. Buscando as raízes nos teóricos contratualistas com destaque às conclusões de Hobbes⁷³², o poder do Estado e o correspondente monopólio da força pública são clamados pelos homens em defesa contra seus semelhantes. Para Hobbes, o “outro” é o inimigo a temer, justificando numa situação de urgência, o forte poder estatal. Por sua vez, na visão de Locke, o próprio poder do Estado representa o inimigo a temer, devendo ter limites claros. Enquanto Hobbes traz contribuições na sedimentação dos direitos e liberdades nas relações horizontais entre homens, Locke centra-se na relação vertical indivíduo-Estado, salvaguardando-os de interferências indevidas do poder. Embora sejam distintas as visões, há sempre a segurança dos mesmos bens, ora “segurança através do Estado”, ora “segurança contra o Estado”.⁷³³ Nessa esteira, o pensamento de Hobbes serve de inspiração aos contemporâneos defensores da figura dos deveres do Estado de proteção de direitos fundamentais quando contra ameaças com origem em terceiros privados, enquanto o pensamento de Locke apoia a concepção dos direitos fundamentais como direito de defesa. A proibição da justiça privada e o monopólio estatal do uso legítimo da força só se justificam se o Estado se comprometer a defender os direitos de seus cidadãos em relação às ameaças e violações de que podem ser vítimas por seus concidadãos. Tal linha de fundamentação progride, à medida que vemos o avanço científico, e áreas do direito a regular a interação do

⁷³² HOBBS, Thomas. **Leviatã**. Ed. Martin Claret, São Paulo, 2006.

⁷³³ SILVA, Jorge Pereira da. op. cit. 2015, p.60.

homem com o mundo, como no direito ambiental, revisitando a função de segurança do Estado.

No plano histórico do constitucionalismo, as primeiras declarações de direitos pós-revolucionários, tipicamente liberais, refletem sobremaneira a função de defesa dos direitos fundamentais, mas também a percepção subliminar da função de segurança. A Declaração de Direitos da Virgínia, de 1776, traz a ideia de que a entrada do homem no estado de sociedade não pode privá-lo de seus direitos inatos, como a vida, a liberdade, a propriedade e a busca de felicidade – o elo entre Estado e cidadão é uma relação contratual de garantia de segurança entre a comunidade estatal e os indivíduos, onde se reconhece a conexão entre proteção e obediência.⁷³⁴ A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, sedimenta-se a segurança como direito, ao lado da liberdade definida como o poder de fazer tudo o que não prejudique o exercício dos direitos dos outros (artigo 4). Importante ter em mente que os movimentos revolucionários liberais ocorreram por contraposição à realidade política do absolutismo monárquico, isto é, contra insegurança originada no poder político (e em relação exclusivamente ao novo poder econômico – a burguesia nascente), e não precisamente quanto à insegurança inerente à vida em comunidade.⁷³⁵

Posteriormente, a ideia de Estado Social e sua influência na consciência jurídica e política promove a função de segurança do Estado como tarefa de legitimação do próprio Estado e imposição constitucional de proteção ativa dos direitos fundamentais. Os direitos sociais implicam para o Estado intervenções ativas sobre a realidade e possuem traços estruturantes: a) são exigências dirigidas (diretamente ou indiretamente) ao Estado; b) de

⁷³⁴ SILVA, Jorge Pereira da. op. Cit. 2015, p.64.

⁷³⁵ Salientamos entretanto, a visão crítica trazida por Dalmo de Abreu Dallari sobre a Declaração Francesa de 1789, segundo o qual “A leitura da Declaração francesa de 1789 deixa evidente o objetivo de afirmar e garantir a supremacia das camadas superiores da população, estando-se longe de uma proclamação de direitos que pudesse ser denominada universal, tanto pelas pessoas beneficiadas quanto pelos direitos proclamados e protegidos.” (...) “Outro ponto de fundamental importância para que se veja claramente o alcance limitado daquela Declaração de Direitos, mas também a forte influência dos novos detentores do poder econômico, com reflexo imediato nos padrões jurídicos, é que no artigo 17 é feita expressamente a proclamação de que “a propriedade é inviolável e sagrada”, sendo esse o único direito ao qual foi dado esse qualificativo. Na realidade, todos os que redigiram e aprovaram aquele documento eram proprietários – muitos, só recentemente haviam adquirido essa condição – e estavam defendendo seus próprios interesses, não havendo qualquer dispositivo prevendo o acesso à propriedade ou dispondo que esta fosse utilizada de modo a atender os interesses do proprietário, mas respeitando os interesses de toda a sociedade. Mas durante muito tempo, praticamente até o século vinte, aquela Declaração foi citada como garantia de liberdade, contra o absolutismo, e também como padrão de justiça social, por ser uma afirmação dos direitos fundamentais do homem.” DALLARI, Dalmo de Abreu. **Implementação dos direitos humanos no século XXI**. [obra não publicada], p. 5-6.

prestações materiais (com imediatos reflexos financeiros) ou de prestações financeiras (propriamente ditas); c) fundadas por lei ordinária com fundamento constitucional. Por outro lado, a natureza positiva dos deveres de proteção nem sempre se traduz na necessidade de efetuar prestações materiais em sentido estrito, sendo, no entanto cumprida pela realização de prestações normativas, e depois, pela garantia estatal da efetiva aplicação dos regimes de tutela.^{736,737}

Nesse sentido desembocamos no reconhecimento do Estado Regulador. Este diferencia-se do Estado Social em razão de ter como funções essenciais dos poderes públicos a ordenação e controle das atividades privadas para garantir segurança ao bem comum, enquanto aquele tem como cerne a prestação de bens e serviços à sociedade. Também se diferencia do Estado Liberal, na medida que os poderes públicos são voltados a regular as relações econômicas e sociais visando garantir objetivos normativos constitucionais. Temos uma evolução dos modelos estatais, de forma a se compatibilizar com as expectativas e demandas de segurança, consagrando novos direitos fundamentais e respectivos deveres estatais de proteção que implicarão na regulação da atividade privada.⁷³⁸

A discussão em torno dos deveres de proteção⁷³⁹ e vinculação das entidades privadas pode ser realizada por diversas linhas de orientação. Destacamos a posição de que, por um lado, apenas o Estado é destinatário dos direitos fundamentais, já que é sobre ele que recai a obrigação de protegê-los, por outro, os cidadãos são atingidos por via indireta nos efeitos desses direitos, justamente porque no campo jurídico-privado o Estado ou a ordem jurídica estão vinculados a defender um cidadão perante o outro. Representando a doutrina portuguesa,

⁷³⁶ SILVA, Jorge Pereira da. op. cit. 2015, p.83.

⁷³⁷ Sublinhamos que, “no centro dos deveres de proteção estão bens jurídicos escolhidos em função da possibilidade de serem alvo de ameaças não estaduais (privadas, naturais, ou externas) e não em razão de se traduzirem, eles mesmos, em prestações estaduais”. SILVA, Jorge Pereira da. op. cit. 2015, p.84.

⁷³⁸ MORGADO, Cíntia. op. cit. p.30.

⁷³⁹ “Por ‘direitos a proteção’ devem ser aqui entendidos os direitos do titular de direitos fundamentais em face do Estado a que este o proteja contra intervenções de terceiros. (...) Não apenas a vida e a saúde os bens passíveis de serem protegidos, mas tudo aquilo que seja digno de proteção a partir do ponto de vista dos direitos fundamentais: por exemplo, a dignidade, a liberdade, a família e a propriedade. Não menos diversificadas são as possíveis formas de proteção. Elas abarcam, por exemplo, a proteção por meio de normas de direito penal, por meio de normas de responsabilidade civil, por meio de normas de direito processual, por meio de atos administrativos e por meio de ações fáticas. O que há de comum em meio a essa diversidade é o fato de que os direitos a proteção são direitos subjetivos constitucionais a ações positivas fáticas ou normativas em face do Estado, que têm como objeto demarcar as esferas dos sujeitos de direito de mesma hierarquia, bem como a exigibilidade e a realização dessa demarcação.” ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. Tradução Virgílio Afonso da Silva. 2a edição, 4a tiragem. Malheiros Editores, p.450-451.

Jorge Pereira da Silva coloca luz sobre a tese da vinculação dos privados “através da mediação do legislador” e “através da mediação do juiz”:

(...) a convocação dos imperativos de proteção de direitos fundamentais, enquanto fundamento de concretos deveres de legislar, só ocorre quando não seja possível obter o desejado efeito de adstrição por meios hermenêuticos comuns: “o direito infraconstitucional tem de ser desenvolvido quando não satisfaz os imperativos de proteção de direitos fundamentais – se necessário, até mesmo por um acto do legislador, nas hipóteses em que a realização do imperativo da tutela pelos órgão jurisdicionais ultrapassaria os limites de admissibilidade de um desenvolvimento judicial do direito.”⁷⁴⁰

Assim, os deveres de proteção de direitos fundamentais, enquanto necessidade de dar-lhes cumprimento através de uma intervenção legislativa, representa uma forma particular, entre várias outras, de vincular sujeitos privados ao conteúdo dos direitos fundamentais. O juiz, também destinatário de deveres constitucionais de proteção, tem um papel importante no estabelecimento da vinculação dos privados aos direitos fundamentais, tanto no controle jurídico-constitucional de uma omissão legislativa, como na garantia de vigência dos direitos fundamentais nas relações privadas. Diversas são as teses de vinculação dos entes privados aos deveres de proteção de direitos fundamentais⁷⁴¹.

Assim, conforme se verá em detalhes no capítulo seguinte, direitos fundamentais como os direitos à alimentação, à saúde, e os deveres do Estado de defesa do consumidor e de proteção absoluta da criança vinculam-se à atividade privada, na medida que o Estado deve dirimir juridicamente a atividade privada em face de tais direitos.

Em suma, quando bens jurídicos protegidos por direitos fundamentais se encontram sob ameaça, o Estado é chamado a intervir, de forma a garantir sua intangibilidade e promover sua segurança. A figura dos deveres estatais de proteção dos direitos fundamentais, assistido por mecanismos de decidibilidade da dogmática de direitos fundamentais (princípio da proporcionalidade, intangibilidade do conteúdo essencial, reserva de lei, etc.), tem potencial de fornecer critérios válidos aos decisores públicos, sejam os legisladores, instâncias administrativas e jurisdicionais, para a provisão da ação Estatal de garantia de segurança. Os

⁷⁴⁰ SILVA, Jorge Pereira da. op. cit. 2015, p.93.

⁷⁴¹ Ibid, p.97-101.

deveres de proteção podem desprender-se de normas constitucionais consagradoras de direitos fundamentais, impondo-se ao legislador e aos outros poderes.⁷⁴²

Para melhor compreender os deveres do Estado emergentes de direitos fundamentais, Jorge Pereira da Silva nos esclarece a *teoria das relações jusfundamentais triangulares*. Nela, os deveres do Estado de proteção de direitos fundamentais desenvolvem-se paradigmaticamente segundo uma estrutura triangular. Nesse arquétipo, num dos vértices da base do triângulo encontra-se o titular de um direito fundamental ameaçado por um perigo de origem não estatal. No outro vértice da base está a fonte do perigo, como sujeitos privados identificáveis, ou uma pluralidade indeterminada ou difusa de sujeitos privados, ou uma organização ou Estado estrangeiro, ou até uma força da natureza. No vértice superior encontra-se o Estado, obrigado a prevenir ou reprimir a consumação da ameaça aos direitos fundamentais.⁷⁴³

Tanto mais se impõe o concreto dever de proteção por parte do Estado: a) quanto mais alta a probabilidade de consumação da ofensa; b) quanto menor for a capacidade do titular do direito para evitar a lesão ou para se proteger do agressor (devido a sua intrínseca ou circunstancial fragilidade); c) quanto menores forem os custos de proteção e quanto mais eficazes forem os instrumentos para efetuar essa proteção.⁷⁴⁴

O Estado deverá atuar no sentido de cumprimento do dever de proteção fazendo uso da prerrogativa de avaliação dos perigos e ponderação dos direitos conflitantes. No plano legislativo, o Estado deve emanar regras de proteção destinadas a assegurar a tutela preventiva ou repressiva à ameaça aos bens jurídicos fundamentais, a começar pela função legislativa que conta com uma margem de liberdade de avaliação e conformação. Dotado de certo grau de liberdade de conformação, o Estado tem como principal baliza o princípio da proporcionalidade, na dupla vertente de proibição de defeito (ou de proteção insuficiente) e de proibição de excesso (ou restrição injustificada).⁷⁴⁵ A interpretação das normas constitucionais e a dedução dos deveres concretos de proteção de direitos fundamentais pressupõem uma

⁷⁴² Ibid, p.19-20.

⁷⁴³ Silva ressalva que apesar do modelo paradigmático ser o das relações triangulares, a realidade demonstra que a proteção dos bens jurídicos fundamentais se processa também em relações bipolares e em relações multipolares, lembrando que nem as relações triangulares são iguais entre si, podendo discernir-se entre as simétricas e as assimétricas. Cf. SILVA, Jorge Pereira da. op. cit. 2015, p. 42.

⁷⁴⁴ SILVA, Jorge Pereira da. op. cit. 2015, p.30.

⁷⁴⁵ Ibid., p.31.

metodologia argumentativa e o cumprimento de obrigações de ponderação e fundamentação, sob risco de banalização dos deveres de proteção e desequilíbrio entre os direitos.

Encarando o arquétipo das relações jusfundamentais triangulares, Jorge Pereira da Silva destaca três elementos estruturais dos deveres de proteção: o *agressor*, o *lesado* e o (Estado) *protetor*. Antes, porém, o jurista português indica ser necessário analisar o fenômeno do perigo sob o ângulo do agressor (se potencial ou efetivo e qual a relevância jurídico-constitucional); e pela perspectiva do lesado (se potencial ou efetivo; quais bens jurídicos objeto dos direitos fundamentais; quais bens jurídicos geram direitos de reclamar medidas de proteção estatal, e com que configuração e intensidade). Por fim, se impõe a consideração dos diversos destinatários dos deveres de proteção, isto é, entidades públicas e também privadas vinculadas à tarefa protetora de bens jurídicos fundamentais. A dedução de deveres concretos de proteção de direitos fundamentais ocorre não só de uma análise desses três elementos, mas também levando-se em conta a relevância do perigo, para então ponderar quantitativa e qualitativamente os custos e benefícios das variadas possibilidades de adoção de mecanismos de proteção dos direitos fundamentais.⁷⁴⁶

A primeira e segunda parte da tese nos indica alguns desses elementos dentro da problemática da epidemia de obesidade: lesado (a sociedade, a criança); agressor (risco potencial proveniente das práticas do mercado alimentício) e relevância do perigo (fortes evidências científicas e epidemiologia); mecanismos de proteção (recomendações regulatórias) e seus custos e benefícios (limitações a práticas de mercado em face dos benefícios à saúde pública). Com isso resta ao Estado a ponderação dos direitos conflitantes que resultará no seu dever de proteção de direitos fundamentais expresso por meio da atividade regulatória.

Vimos, portanto, que a função de segurança é o elo que liga os diferentes modelos de Estado e cria bases para fundamentação de novos direitos fundamentais e correspondente dever de proteção Estatal. Tal dever se materializará dentro de um processo de avaliação dos perigos, riscos e ponderação dos direitos conflitantes, de forma a orientar a atividade do Estado Regulador. Cumpre, nesse momento, olharmos os direitos fundamentais em jogo que embasariam o dever do Estado de regular as práticas comerciais de alimentos com fins de prevenção da obesidade e doenças correlacionadas.

⁷⁴⁶ SILVA, Jorge Pereira da. op. cit. 2015, p. 44.

9. DIREITOS HUMANOS E FUNDAMENTAIS

Nessa seção abordaremos os direitos humanos e direitos fundamentais conforme distinção terminológica trazida por Ingo Wolfgang Sarlet, segundo a qual o termo “direitos fundamentais” refere-se aos direitos do ser humano, conhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinados Estados, e o termo “diretos humanos” refere-se aos documentos de direito internacional⁷⁴⁷.

Pretendemos aqui trazer destaque aos marcos jurídicos internacionais e nacionais, nas esferas de direitos humanos e fundamentais, que colaboram para fundamentar o dever de proteção do Estado à criança frente ao ambiente obesogênico, mormente, por meio da atividade regulatória do Mercado de alimentos.

9.1 Marco jurídico internacional de proteção à criança frente ao ambiente obesogênico

O reconhecimento de membros de um determinado grupo social como titulares de direitos, e a construção de um marco jurídico de proteção é o primeiro passo para correção de condições de vulnerabilidade. Assim, quando aprovada a Convenção sobre os Direitos da Criança⁷⁴⁸ em 1989 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, temos um marco na história dos direitos humanos, onde se reconhecem as crianças como titulares reais de direitos. A Convenção expressa de forma objetiva as necessidades da infância, transformando-as em direitos exigíveis. Ou seja, de lá emergem obrigações vinculativas ao Estado, sociedade e família tendo em vista a ampla proteção da criança.

Nessa esteira, a Convenção determina claramente a obrigação do Estado de garantia dos direitos da Criança, em particular, de estabelecer medidas legislativas e administrativas adequadas para tal fim, conforme se depreende de seu artigo 3º e 4º:

⁷⁴⁷ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 8. ed., Porto Alegre: Livraria do Advogado Ed., 2007, p. 36.

⁷⁴⁸ NAÇÕES UNIDAS. ASSEMBLEIA GERAL DA ONU. Convenção sobre os Direitos da Criança. Adotada em em 20 de novembro de 1989. Entrou em vigor em 2 de setembro de 1990. O Brasil ratificou a Convenção sobre os Direitos da Criança em 24 de setembro de 1990.

Artigo 3o

2. Os Estados Partes comprometem-se a assegurar à criança a proteção e o cuidado que sejam necessários ao seu bem-estar, levando em consideração os direitos e deveres de seus pais, tutores legais ou outras pessoas legalmente responsáveis por ela e, com essa finalidade, tomarão todas as medidas legislativas e administrativas adequadas.

Artigo 4o

Os Estados Partes devem adotar todas as medidas administrativas, legislativas e de outra natureza necessárias para a implementação dos direitos reconhecidos na presente Convenção. Com relação a direitos econômicos, sociais e culturais, os Estados Partes devem adotar tais medidas utilizando ao máximo os recursos disponíveis e, quando necessário, dentro de um quadro de cooperação internacional.

Diversos outros documentos somam-se ao reconhecimento da criança como titular de direitos, entre eles a Opinião Consultiva 17/2002^{749,750} emitida pela Corte Interamericana de Direitos Humanos em 28 de agosto de 2002 sobre a condição jurídica e direitos humanos da criança. Há o reconhecimento dos deveres específicos da família, sociedade e Estado, assim como, obrigação do Estado de adotar medidas positivas para garantia dos direitos da criança.

Tais obrigações do Estado podem ser de diversas naturezas, sejam prestacionais, sejam de imposição de obrigações a determinados atores, seguido de um dever de vigilância por parte do Estado. Alguns direitos implicam em ações concretas para a mudança das percepções sociais que afetam a realização dos direitos das crianças, como por exemplo, ações para promover a transformação de certos hábitos associados à infância e alimentação (como o caso da amamentação infantil⁷⁵¹). Em outros casos, as obrigações implicam na criação de um

⁷⁴⁹ A Opinião Consultiva é estruturada na definição dos seguintes temas: (i) definição de criança; (ii) igualdade; (iii) interesse superior da criança; (iv) deveres da família, sociedade e Estado; (v) procedimentos judiciais ou administrativos em que participem crianças.

⁷⁵⁰ A *definição de criança* conforme a Corte IDH e o art. 1º da Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989, é toda pessoa que não tenha atingido 18 anos completos.

⁷⁵¹ “44. La lactancia natural exclusiva debe protegerse y promoverse durante los 6 primeros meses de vida y, en combinación con alimentación complementaria, debe proseguir, preferentemente hasta los 2 años de edad, de ser viable. Las obligaciones de los Estados en este ámbito se definen en el marco de "proteger, promover y apoyar", adoptado por unanimidad por la Asamblea Mundial de la Salud⁷⁵¹. Los Estados han de incorporar en su derecho interno, aplicar y hacer cumplir normas acordadas internacionalmente en el ámbito del derecho del niño a la salud, entre ellas el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud, así como el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Deben adoptarse medidas especiales para promover el apoyo a las madres en las comunidades y el lugar de trabajo en el contexto del embarazo y la lactancia natural y establecerse servicios de guardería viables y asequibles; también debe promoverse el cumplimiento del Convenio N° 183 (2000) de la Organización Internacional del Trabajo, relativo a la revisión del Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado), de 1952.” NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)** (CRC/C/GC/15). 17 de abril de 2013.

marco jurídico que imponha limites e deveres a certos atores, como as empresas, para que se restrinja condutas violadoras dos direitos das crianças. Nesse cenário, a inação do Estado pela ausência de tomada de medidas legislativas, políticas e administrativas, pode constituir uma violação imputada ao Estado.⁷⁵²

9.1.1 Direito da criança à saúde e à alimentação

A Convenção sobre os Direitos da Criança estabelece em seu artigo 24, o direito das crianças à saúde, reconhecendo o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde.⁷⁵³ Por sua vez o Comitê dos Direitos da Criança trouxe detalhamentos interpretativos de tal artigo, salientando que o direito à saúde inclui a prevenção, promoção, serviços de saúde

⁷⁵² CONTRÓ, Mónica Gonzales; PLA, Issa Luna. **Los derechos de los niños e niñas en México frente al ambiente obesogénico**. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Editorial Flores, 2016, p. 33.

⁷⁵³ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral da ONU. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Adotada em em 20 de novembro de 1989.

“Artigo 24

1. Os Estados Partes reconhecem o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde. Os Estados Partes devem envidar esforços para assegurar que nenhuma criança seja privada de seu direito de usufruir desses serviços de cuidados de saúde.
2. Os Estados Partes devem garantir a plena aplicação desse direito e, em especial, devem adotar as medidas apropriadas para:
 - a. reduzir a mortalidade infantil;
 - b. assegurar a prestação de assistência médica e cuidados de saúde necessários para todas as crianças, dando ênfase aos cuidados primários de saúde;
 - c. combater as doenças e a desnutrição, inclusive no contexto dos cuidados primários de saúde mediante, inter alia, a aplicação de tecnologia prontamente disponível e o fornecimento de alimentos nutritivos e de água limpa de boa qualidade, tendo em vista os perigos e riscos da poluição ambiental;
 - d. assegurar que as mulheres tenham acesso a atendimento pré-natal e pós-natal adequado;
 - e. assegurar que todos os setores da sociedade, especialmente os pais e as crianças, conheçam os princípios básicos de saúde e nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno, da higiene e do saneamento ambiental, e as medidas de prevenção de acidentes; e que tenham acesso a educação pertinente e recebam apoio para a aplicação desses conhecimentos;
 - f. desenvolver assistência médica preventiva, orientação aos pais e educação e serviços de planejamento familiar.
3. Os Estados Partes devem adotar todas as medidas eficazes e adequadas para eliminar práticas tradicionais que sejam prejudiciais à saúde da criança.
4. Os Estados Partes comprometem-se a promover e incentivar a cooperação internacional para buscar, progressivamente, a plena realização do direito reconhecido no presente artigo. Nesse sentido, devem ser consideradas de maneira especial as necessidades dos países em desenvolvimento.”

e reabilitação, assim como o direito à crescer e desenvolver-se em seu melhor potencial, e a viver em condições que se permita alcançar os mais altos padrões de saúde.⁷⁵⁴

Importante notar que o conceito de saúde assume um sentido mais amplo do que simplesmente ausência de doenças. Essa interpretação sedimenta-se em diversos documentos, como no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde⁷⁵⁵, segundo o qual “a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças ou enfermidades”. Por sua vez, o artigo 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC)⁷⁵⁶ estabelece o princípio do *direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental*. O conteúdo do direito à saúde no PIDESC é detalhado no Comentário Geral n. 14 (CG14 da 22ª sessão da ONU em 2000)⁷⁵⁷, no qual o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais interpreta o direito à saúde de forma a associá-lo a outros direitos humanos como o direito à alimentação, ao alojamento, ao trabalho, à educação, à vida, à não discriminação, à igualdade, à proibição da tortura, à privacidade, ao acesso à informação e às liberdades de associação e reunião, dentre outros. Nesse sentido, a garantia do direito à saúde é interdependente da realização de outros direitos humanos da criança.

⁷⁵⁴ NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)** (CRC/C/GC/15). 17 de abril de 2013.

⁷⁵⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) 1994. Nova Iorque, 22 de julho de 1946. Disponível: < <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> >. Acesso em: 20 set. 2019.

⁷⁵⁶ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembléia Geral das Nações Unidas. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Adotada pela Resolução n.2.200-A (XXI) da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966 e ratificada pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992.

"Artigo 12

§1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.

§2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

1. A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças.
2. A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente.
3. A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças.
4. A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.”

⁷⁵⁷ NACIONES UNIDAS. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) de las Naciones Unidas. **Observación general Nº 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)**. Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000

Sobre o sentido do princípio do *direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental*, extraímos a interpretação de que o direito à saúde contém liberdades e direitos. Entre as liberdades, temos o direito a controlar a própria saúde e o próprio corpo, assim como o direito a um sistema de proteção de saúde que proporcione às pessoas oportunidades iguais para desfrutar do mais elevado nível de saúde possível.⁷⁵⁸ Nesse sentido, o Estado tem o papel de viabilizar as condições necessárias para o mais alto nível possível de saúde.

Conforme comentado, o conceito de saúde adotado no artigo 12 do Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais faz menção ao mais alto nível possível de saúde, reconhecendo-se que o direito à saúde abarca uma ampla gama de fatores socioeconômicos que promovem condições para que as pessoas possam levar uma vida saudável. Nesse sentido o Comitê de Direitos Econômicos Sociais e Culturais reforça que o direito à saúde é extensivo aos fatores determinantes básicos de saúde, como alimentação e nutrição, moradia, acesso a água potável limpa e a condições sanitárias adequadas, condições de trabalho seguras e saudáveis e um ambiente saudável.⁷⁵⁹

⁷⁵⁸ “9. El concepto del "más alto nivel posible de salud", a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.” Em: NACIONES UNIDAS. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). **Observación general N° 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)**. Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000.

⁷⁵⁹ “4. Al elaborar el artículo 12 del Pacto, la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas no adoptó la definición de la salud que figura en el preámbulo de la Constitución de la OMS, que concibe la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades". Sin embargo, la referencia que en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto se hace al "más alto nivel posible de salud física y mental" no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario, el historial de la elaboración y la redacción expresa del párrafo 2 del artículo 12 reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.”. NACIONES UNIDAS. **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). Observación general N° 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)**. Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000.

O Comitê de Direitos da Criança ao interpretar o direito ao gozo do melhor padrão possível de saúde, inclui a provisão de água potável, sendo as autoridades locais responsáveis por desenvolver e planejar programas de infraestrutura e manutenção dos serviços de água, mesmo que tais serviços estejam privatizados.⁷⁶⁰

Importante notar que o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) menciona a alimentação como direito de toda pessoa a um nível de vida adequado em seu artigo 11º.⁷⁶¹ Além do reconhecimento do direito fundamental de toda pessoa de estar protegida contra a fome, o histórico da positivação e construção do conceito desse direito na esfera de direitos humanos internacionais, complementado por diversos instrumentos normativos⁷⁶² e interpretativos,⁷⁶³ passa a incluir a ideia de que o conteúdo

⁷⁶⁰ “c) Suministro de agua potable salubre

48. El agua potable salubre y el saneamiento son esenciales para el pleno disfrute de la vida y los demás derechos humanos . Los departamentos gubernamentales y las autoridades locales a cargo del agua y el saneamiento deben asumir su obligación de contribuir a la realización del derecho del niño a la salud y tener presentes los indicadores infantiles de malnutrición, diarrea y otras enfermedades relacionadas con el agua, así como el tamaño de las familias, al planificar y llevar a cabo obras de expansión de la infraestructura y mantenimiento de los servicios de abastecimiento de agua y al adoptar decisiones con respecto a la asignación mínima gratuita y al corte del suministro. Los Estados no están exentos de cumplir sus obligaciones aunque hayan privatizado el agua y el saneamiento.” Em: NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)** (CRC/C/GC/15). 17 de abril de 2013.

⁷⁶¹ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembléia Geral das Nações Unidas. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Adotada pela Resolução n.2.200-A (XXI) da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966 e ratificada pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992:

“ARTIGO 11

1. Os Estados-Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa a um nível de vida adequado para si próprio e sua família, inclusive à alimentação, vestimenta e moradia adequadas, assim como a uma melhoria contínua de suas condições de vida. Os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para assegurar a consecução desse direito, reconhecendo, nesse sentido, a importância essencial da cooperação internacional fundada no livre consentimento.

2. Os Estados-Partes do presente pacto, reconhecendo o direito fundamental de toda pessoa de estar protegida contra a fome, adotarão, individualmente e mediante cooperação internacional, as medidas, inclusive programas concretos, que se façam necessárias para:

a) Melhorar os métodos de produção, conservação e distribuição de gêneros alimentícios pela plena utilização dos conhecimentos técnicos e científicos, pela difusão de princípios de educação nutricional e pelo aperfeiçoamento ou pela reforma dos regimes agrários, de maneira que se assegurem a exploração e a utilização mais eficazes dos recursos naturais;

b) Assegurar uma repartição equitativa dos recursos alimentícios mundiais em relação às necessidades, levando-se em conta os problemas tanto dos países importadores quanto dos exportadores de gêneros alimentícios.

⁷⁶² Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1988, também denominado “Protocolo de São Salvador”, refere-se em seu artigo 12 ao direito à alimentação da seguinte forma:

ARTIGO 12 - Direito à alimentação

1. Toda pessoa tem direito a uma nutrição adequada que assegure a possibilidade de gozar do mais alto nível de desenvolvimento físico, emocional e intelectual.

essencial do direito à alimentação adequada implica a disponibilidade de alimentos em quantidade e qualidade suficientes para satisfazer as necessidades dietéticas dos indivíduos, livre de substâncias adversas, de forma aceitável dentro de cada cultura, acessíveis de maneira sustentável, sem interferir no gozo de outros direitos,⁷⁶⁴ e de forma interdependente a outros direitos humanos.

O acesso à alimentação saudável como fator determinante do direito à saúde relaciona-se necessariamente com o conceito de segurança alimentar e nutricional. A Organização das Nações Unidas para Alimentação e Nutrição (FAO) define a segurança alimentar como a situação em que “todos tem o direito a acessar, em todo momento, e com segurança, água e alimentos nutritivos e livres de perigo para saúde, na medida necessária para sustentar com dignidade uma vida saudável e ativa”.⁷⁶⁵ Por sua vez, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais sustenta que uma das obrigações fundamentais do Estado com o direito à saúde consiste em assegurar o acesso a uma alimentação que seja nutritiva, adequada, segura.⁷⁶⁶ Tais considerações são de fundamental importância no contexto em que o aumento do consumo de alimentos não saudáveis está cada vez mais associado à carga mundial de DCNTs.⁷⁶⁷

Por fim, tanto o direito humano à alimentação como o direito à saúde interligam-se com o que vem sendo chamado de “direito a um ambiente saudável”. O Comitê das Nações

2. A fim de tornar efetivo esse direito e de eliminar a desnutrição, os Estados-Partes comprometem-se a aperfeiçoar os métodos de produção, abastecimento e distribuição de alimentos, para o que se comprometem a promover maior cooperação internacional com vistas a apoiar as políticas nacionais sobre o tema.”

⁷⁶³ Por exemplo, Asbjørn Eide produziu o primeiro relatório sobre o direito à alimentação como um direito humano endereçado à Comissão de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (EIDE, Asbjørn. **Right to Adequate Food as Human Right**. Human Rights Studies Series N. 1, Sales N. E.89.XIV.2, United Nations: New York, 1989.); Código de Conduta sobre o Direito Humano a uma Alimentação Adequada (FIAN International (Foodfirst Information and Action Network); Human Rights Organization for the Right to Feed Oneself; WANHR - World Alliance for Nutrition and Human Rights; Institute Jacques Maritain International. “International Code of Conduct on Human Right to Adequate Food”); FAO. Diretrizes Voluntárias em apoio à realização progressiva do direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar nacional. Roma, 2015 [edição portuguesa].

⁷⁶⁴ NAÇÕES UNIDAS. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. **Comentário Geral n. 12 sobre o direito à alimentação adequada** (E/C.12/1999/5). Genebra, 1999.

⁷⁶⁵ FAO, Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, párr. 1 (1996). Disponível em: <http://www.fao.org/wfs/index_es.htm>. Acesso em 7 dez. 2019.

⁷⁶⁶ NACIONES UNIDAS. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, **Observación general Nº 14**, (E/C.12/2000/4). Ginebra, 11 ago. 2000, párr. 43 b).

⁷⁶⁷ GROVER, Anand. **Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover: unhealthy foods, non-communicable diseases and the right to health** (A/HRC/26/31). Human Rights Council, Twenty-sixth session. United Nations, General Assembly, 1 April 2014, parágrafo 1.

Unidas em Direitos Econômicos, Sociais e Culturais⁷⁶⁸ assevera que o direito à saúde engloba diversos fatores socioculturais promotores das condições para uma vida saudável, estendendo-se aos determinantes da saúde, como por exemplo, um ambiente saudável. Com isso, o direito a um ambiente saudável pressupõe um ambiente que promova a alimentação saudável, vida ativa, transporte ativo e que permita atividade física nos espaços de trabalho e educacionais, incluindo espaços verdes, e sistemas de produção e consumo sustentáveis, de forma a mitigar as externalidades negativas em saúde e nas mudanças climáticas.⁷⁶⁹ Ao nosso ver, a conformação do ambiente saudável pressupõe medidas ativas do Estado para evitar o ambiente obesogênico.

9.1.2 Direito à consideração primordial do melhor interesse da criança

A Convenção sobre os Direitos da Criança tem como princípio basilar o “melhor interesse da criança”, que é aplicável também à garantia do direito à saúde. Tal princípio deve reger as políticas de governo, a atividade normativa-legislativa e a interpretação judicial em todos os casos que possam afetar a criança direta ou indiretamente.

Convenção sobre os Direitos da Criança

Artigo 3

- A. Todas as ações relativas à criança, sejam elas levadas a efeito por instituições públicas ou privadas de assistência social, tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, devem considerar primordialmente o melhor interesse da criança.
- B. Os Estados Partes comprometem-se a assegurar à criança a proteção e o cuidado que sejam necessários ao seu bem-estar, levando em consideração os direitos e deveres de seus pais, tutores legais ou outras pessoas legalmente responsáveis por ela e, com essa finalidade, tomarão todas as medidas legislativas e administrativas adequadas.

⁷⁶⁸ KNOX, J.H.. **Report of the independent expert on the issue of human rights obligations relating to the enjoyment of a safe, clean, healthy and sustainable environment**, submitted to the twenty-fifth session of the Human Rights Council. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2013. Disponível em: <

https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session25/Documents/A-HRC-25-53_en.doc> .

Acesso em: 28 setembro 2019.

⁷⁶⁹ SWINBURN, Boyd. Et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet Commissions**. Volume 393, Issue 10173, January 27, 2019. p.29.

Por sua vez, ao interpretar tal artigo, o Comitê dos Direitos da Criança insta os Estados a colocar o melhor interesse da criança no centro de todas as decisões que afetam sua saúde e desenvolvimento, incluindo aquelas relacionadas à alocação de recursos e ao desenvolvimento e implementação de políticas e intervenções que afetam os fatores subjacentes que determinam a saúde da criança. Cita-se como exemplo, que o melhor interesse da criança deve determinar o desenvolvimento de políticas destinadas a regular as ações relacionadas ao ambiente físico e social em que as crianças vivem, crescem e se desenvolvem.⁷⁷⁰

9.1.3 Direito à não discriminação

O direito à não discriminação das crianças é um dos princípios basilares assegurados na Convenção sobre o Direito das Crianças. Imprime-se a obrigação aos Estados de assegurar os direitos das crianças sem qualquer tipo de discriminação⁷⁷¹.

O princípio da não discriminação, da igualdade de acesso a direitos, não significa porém que deva ser dado um tratamento idêntico. Estados devem também ter em conta a questão da equidade e trabalhar na elaboração de leis, regulamentos, políticas e programas para atender crianças em situações mais desfavorecidas.⁷⁷²

⁷⁷⁰ Conforme escrito no ponto “C. El interés superior del niño.13.c” em: NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)** (CRC/C/GC/15). 17 de abril de 2013.

⁷⁷¹ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral da ONU. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Adotada em em 20 de novembro de 1989. Entrou em vigor em 2 de setembro de 1990. Em vigor em 2 de setembro de 1990. O Brasil ratificou a Convenção sobre os Direitos da Criança em 24 de setembro de 1990. “Artigo 2

1. Os Estados Partes devem respeitar os direitos enunciados na presente Convenção e assegurarão sua aplicação a cada criança em sua jurisdição, sem nenhum tipo de discriminação, independentemente de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional, étnica ou social, posição econômica, deficiência física, nascimento ou qualquer outra condição da criança, de seus pais ou de seus representantes legais.

2. Os Estados Partes devem adotar todas as medidas apropriadas para assegurar que a criança seja protegida contra todas as formas de discriminação ou punição em função da condição, das atividades, das opiniões manifestadas ou das crenças de seus pais, representantes legais ou familiares.”

⁷⁷² NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)** (CRC/C/GC/15). 17 de abril de 2013.

“11. La labor orientada a la realización del derecho del niño a la salud ha de tener como destinatarios privilegiados a los niños desfavorecidos y que se encuentran en zonas insuficientemente atendidas. Los Estados deben determinar los factores de ámbito nacional y subnacional que generan vulnerabilidad en los niños o

Destacamos considerações do Comitê dos Direitos da Criança acerca do dever do Estado de impedir práticas discriminatórias do setor empresarial sobre os direitos das crianças:

14. Los Estados deben impedir la discriminación en la esfera privada en general y proporcionar un recurso en caso de que se produzca. Los Estados deben reunir datos estadísticos adecuadamente desglosados y otra información para identificar la discriminación contra los niños en el contexto de las actividades y operaciones empresariales, y deben establecer mecanismos para vigilar e investigar las prácticas discriminatorias en el sector empresarial. Los Estados también deben adoptar medidas para crear un entorno favorable para que las empresas respeten el derecho a la protección contra la discriminación promoviendo el conocimiento y la comprensión de ese derecho en el sector empresarial, incluidos los sectores de los medios de comunicación, la mercadotecnia y la publicidad. La concienciación y la sensibilización entre las empresas deben tener por objeto el cuestionamiento y la eliminación de las actitudes discriminatorias hacia los niños, especialmente los niños en situaciones vulnerables.⁷⁷³

Tais considerações são de fundamental importância quando se discute políticas de proteção da criança sobre o *marketing* de alimentos não saudáveis no ambiente escolar, por exemplo. Em muitos casos, aventa-se que o Estado deve restringir-se a regular o ambiente escolar apenas de escolas públicas, entretanto, tal limitação atingiria o princípio da não discriminação, pois tanto crianças que frequentam escolas privadas como públicas merecem ampla proteção das práticas nocivas do *marketing*.

9.1.4 Direito à informação e Direito à ser protegido frente ao Mercado

O direito à informação de crianças e adolescentes é um dos princípios básicos para correção de sua hipervulnerabilidade frente às práticas de mercado. Conforme já demonstrado amplamente por evidência científica, estratégias mercadológicas são cada vez mais

colocan en situación desfavorable a determinados grupos de niños. Estos factores deben tenerse presentes al elaborar leyes, reglamentos, políticas, programas y servicios en el ámbito de la salud infantil y al trabajar en pro de la equidad.”

⁷⁷³ NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación general N° 16 (2013) sobre las obligaciones del Estado en relación con el impacto del sector empresarial en los derechos del niño (CRC/C/GC/16)**. Aprobada por el Comité en su 62° período de sesiones (14 de enero a 1 de febrero de 2013). Naciones Unidas, 17 de abril de 2013.

direcionadas ao público infantil invadindo todas as esferas de seu desenvolvimento, desde o âmbito familiar, televisão, internet, escolar, ruas, parques, centros de entretenimento infantil, supermercados, restaurantes, etc. Há um imenso desafio regulatório dessas práticas, que evoluem de acordo com os avanços nos meios tecnológicos de interação com o público infantil.⁷⁷⁴

Importante notar que o artigo 17 da Convenção sobre Direitos da Criança⁷⁷⁵ estabelece que os Estados Partes “devem garantir o acesso da criança a informações e materiais procedentes de diversas fontes nacionais e internacionais, especialmente aqueles que visam à promoção de seu bem-estar social, espiritual e moral e de sua saúde física e mental”. O direito à informação é, portanto, essencial para garantia do direito à saúde de crianças e adolescentes.⁷⁷⁶

Ao analisar o Artigo 24, parágrafo 2 “e” da Convenção sobre Direitos da Criança, o Comitê das Nações Unidas assevera que as obrigações correspondentes a essa disposição compreendem a provisão de informação em matéria de saúde e de apoio para o uso dessa informação. O Comitê enfatiza que a informação em matéria de saúde deve estar acessível fisicamente, e deve ser compreensível e adequada para a idade e nível de escolaridade das crianças. Em complementação, o Comitê assevera a necessidade de informação sobre os

⁷⁷⁴ CONTRÓ, Mónica Gonzales; PLA, Issa Luna. **Los derechos de los niños e niñas en México frente al ambiente obesogénico**. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Editorial Flores. México, 2016, p. 52.

⁷⁷⁵ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral da ONU. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Adotada em em 20 de novembro de 1989.

⁷⁷⁶ NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación General N° 4 (2003) La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC/GC/2003/4)**. Naciones Unidas. 21 de julio de 2003.

“Derechos civiles y libertades

10. La Convención define en los artículos 13 a 17 los derechos civiles y las libertades de los niños y adolescentes, que son esenciales para garantizar el derecho a la salud y el desarrollo de los adolescentes. El artículo 17 establece que el niño “tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental”. El derecho de los adolescentes a tener acceso a información adecuada es fundamental si los Estados Partes han de promover medidas económicamente racionales, incluso a través de leyes, políticas y programas, con respecto a numerosas situaciones relacionadas con la salud, como las incluidas en los artículos 24 y 33 relativas a la planificación familiar, la prevención de accidentes, la protección contra prácticas tradicionales peligrosas, con inclusión de los matrimonios precoces, la mutilación genital de la mujer, y el abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias perjudiciales.”

aspectos de saúde para possibilitar a adoção de decisões fundamentadas, devendo abordar, dentre outros assuntos, informações sobre hábitos alimentícios saudáveis.⁷⁷⁷

Em relação aos adolescentes, o Comitê dos Direitos da Criança declara-se preocupado com a influência da comercialização de produtos não saudáveis sobre seus comportamentos de saúde e modos de vida. Nesse sentido, o Comitê faz menção ao artigo 17 da Convenção sobre Direitos da Criança, segundo o qual se conclama os Estados Parte a proteger os adolescentes contra a informação que seja danosa à sua saúde e desenvolvimento, protegendo seu direito à informação e materiais de distintas fontes nacionais e internacionais. Nesse sentido, o Comitê reforça que adolescentes tem o direito à acessar informações adequadas que sejam essenciais a sua saúde e desenvolvimento, incluindo informações sobre uso de substâncias que possam causar mal à saúde, e informações sobre alimentação.⁷⁷⁸

⁷⁷⁷ NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)** (CRC/C/GC/15). 17 de abril de 2013.

“Artículo 24, párrafo 2 e). "Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos"

58. Las obligaciones correspondientes a esta disposición comprenden el aporte de información en materia de salud y el apoyo para el uso de esta información. La información en materia de salud ha de ser accesible físicamente, comprensible y adecuada para la edad y el nivel de estudios de los niños.

59. Los niños necesitan información y educación sobre todos los aspectos de la salud para poder adoptar decisiones fundamentadas en relación con su estilo de vida y el acceso a los servicios sanitarios. La información y la preparación para la vida cotidiana deben abordar una amplia gama de asuntos relativos a la salud, entre ellos los hábitos alimenticios saludables y la promoción de la actividad física, el deporte y el esparcimiento; la prevención de accidentes y lesiones; el saneamiento, lavarse las manos y otras prácticas de higiene personal; y los peligros del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas. La información y la educación han de presentar debidamente el derecho del niño a la salud, las obligaciones de los gobiernos y la manera y el lugar para acceder a la información y los servicios sanitarios, y ha de impartirse como parte esencial del plan de estudios de la escuela, así como mediante servicios de salud y en otros entornos para los niños que no estén escolarizados. Los materiales de información acerca de la salud deben diseñarse en colaboración con los niños y difundirse en una amplia gama de espacios públicos.”

⁷⁷⁸ NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación General Nº 4 (2003) La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño** (CRC/GC/2003/4). Naciones Unidas. 21 de julio de 2003.

“25. El Comité se muestra preocupado por la influencia ejercida en los comportamientos de salud de los adolescentes por la comercialización de productos y estilos de vida malsanos. De acuerdo con el artículo 17 de la Convención, se insta a los Estados Partes a proteger a los adolescentes contra la información que sea dañosa a su salud y desarrollo recalcando su derecho a información y material de distintas fuentes nacionales e internacionales.

26. Los adolescentes tienen derecho a acceder a información adecuada que sea esencial para su salud y desarrollo así como para su capacidad de tener una participación significativa en la sociedad. Es obligación de los Estados Partes asegurar que se proporciona, y no se les niega, a todas las chicas y chicos adolescentes, tanto dentro como fuera de la escuela, formación precisa y adecuada sobre la forma de proteger su salud y desarrollo y

Um aspecto central na proteção da criança às práticas de mercado está na garantia de acesso limitado à publicidade. O Comitê de Direitos da Criança recomenda regulamentar a publicidade e a venda de substâncias prejudiciais à saúde das crianças e a promoção desses artigos nos lugares onde crianças se reúnem, assim como nos meios de comunicação e nas publicações aos quais crianças tem acesso.⁷⁷⁹ O Comitê reconhece que, por sua vulnerabilidade, crianças estão mais suscetíveis a considerar verdadeiras e imparciais as mensagens publicitárias, e com isso, consumir e utilizar produtos que são danosos. De igual maneira, reconhece que a publicidade pode influenciar sobremaneira na autoestima das crianças. Nesse sentido, Estados devem atuar para que as técnicas de mercado e a publicidade não afetem negativamente os direitos da criança, adotando normas adequadas para que as empresas cumpram códigos de conduta, implemente rotulagem de produtos de maneira clara e precisa, e informem os pais e crianças para que possam tomar decisões bem fundadas enquanto consumidores.⁷⁸⁰

Em suma, o direito à informação é particularmente importante na discussão em torno das técnicas de comunicação empregadas nas publicidades, embalagens e rotulagens de alimentos. Crianças e adolescentes nem sempre possuem possibilidades reais de compreender o caráter persuasivo dessas técnicas mercadológica, de analisá-las e de tomar uma decisão informada e racional sobre seu consumo. Nesse sentido, o Estado tem a obrigação de garantir

de observar un comportamiento sano. Debería incluir información sobre el uso y abuso del tabaco, el alcohol y otras sustancias, los comportamientos sociales y sexuales sanos y respetuosos, las dietas y las actividades físicas.”
⁷⁷⁹ NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)** (CRC/C/GC/15). 17 de abril de 2013.

“65. Los Estados han de proteger a los niños de los disolventes, el alcohol, el tabaco y las sustancias ilícitas, reunir más pruebas pertinentes del consumo infantil de esas sustancias y adoptar medidas para reducirlo. Se recomienda reglamentar la publicidad y la venta de sustancias perjudiciales para la salud de los niños y la promoción de esos artículos en los lugares donde se reúnen los niños, así como en los medios de comunicación y las publicaciones a las que tienen acceso los niños.”

⁷⁸⁰ NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación general Nº 16 (2013) sobre las obligaciones del Estado en relación con el impacto del sector empresarial en los derechos del niño** (CRC/C/GC/16). Aprobada por el Comité en su 62º período de sesiones (14 de enero a 1 de febrero de 2013). Naciones Unidas, 17 de abril de 2013.

“59. Los niños pueden considerar que el contenido de los anuncios publicitarios transmitidos por los medios de comunicación es veraz e imparcial y, por consiguiente, pueden consumir y utilizar productos que son dañinos. La publicidad y la mercadotecnia también pueden influir poderosamente en la autoestima de los niños, por ejemplo cuando representan el cuerpo humano de forma poco realista. Los Estados deben velar por que la mercadotecnia y la publicidad no afecten negativamente a los derechos del niño y adoptar normas adecuadas y alentar a las empresas a que se adhieran a los códigos de conducta, etiqueten de manera clara y precisa los productos e informen a los padres y los niños de manera que puedan tomar decisiones bien fundadas como consumidores.”

que a publicidade ou outras técnicas mercadológicas não impactem de forma adversa os direitos de crianças e adolescentes por meio de legislação, regulamentações da rotulagem de alimentos, e outros mecanismos de provimento de informação tanto aos pais como às crianças de forma que possam tomar decisões informadas.⁷⁸¹

9.1.5 Obrigações do Estado e das Empresas

As obrigações identificadas a partir da Convenção sobre Direitos da Criança e tratados internacionais nessa matéria formam parte do marco jurídico brasileiro a partir de sua ratificação.

Na interpretação do direito das crianças à saúde do artigo 24 da Convenção de Direitos das Crianças, assevera-se o dever dos Estados de deter a obesidade infantil:

47. Los Estados también deberán hacer frente a la obesidad infantil, que se vincula con la hipertensión, indicios tempranos de enfermedades cardiovasculares, la resistencia a la insulina, efectos psicológicos, una mayor probabilidad de obesidad en la edad adulta y fallecimientos prematuros. Debe limitarse la exposición de los niños a la "comida rápida" de alto contenido en grasas, azúcar o sal, que es muy energética pero carece de suficientes micronutrientes, y a bebidas de alto contenido en cafeína u otras sustancias de posibles efectos nocivos. Debe controlarse la comercialización de estas sustancias, especialmente cuando sus destinatarios son niños, así como su disponibilidad en las escuelas y otros lugares.⁷⁸²

O Comitê dos Direitos da Criança esclarece as obrigações dos Estados que emergem do direito à saúde das crianças dentro da abordagem de direitos humanos, qual sejam, obrigações de respeitar liberdades e direitos; protegê-los de terceiros e de ameaças sociais ou ambientais; e efetivar tais direitos mediante facilitação direta, conforme todos os recursos disponíveis para tanto.

⁷⁸¹ CONTRÓ, Mónica Gonzales; PLA, Issa Luna. **Los derechos de los niños e niñas en México frente al ambiente obesogénico**. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Editorial Flores, 2016, p.64.

⁷⁸² NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)** (CRC/C/GC/15). 17 de abril de 2013.

Em linhas gerais, a obrigação de *respeitar* o direito das crianças frente ao impacto do setor empresarial significa que os Estados devem garantir que os atores privados respeitem os direitos da criança. Para isso, o processo de tomada de decisões e as políticas, leis e atos administrativos relacionados com às atividades empresariais devem ser transparentes, fundamentados e incluir um exame completo e contínuo do impacto nos direitos da criança.⁷⁸³ Por sua vez, a obrigação de *proteger* supõe que os Estados devem adotar todas as medidas apropriadas, razoáveis e necessárias para impedir que as empresas cometam violações dos direitos da criança. Nesse sentido, os Estados devem investigar, punir e reparar violações aos direitos da criança que venham a ser cometidas ou forem contribuídas por atividades empresariais. Assim, o Estado pode ser responsabilizado por tais violações caso não adote medidas para impedi-las ou repará-las, ou se o Estado tolerou ou colaborou de alguma forma com as mesmas.⁷⁸⁴ Por fim, a obrigação de *efetivar* os direitos da criança frente ao impacto do setor empresarial, exige que os Estados adotem medidas positivas para facilitar, promover e garantir o gozo dos direitos, isto é, por meio de medidas administrativas, legislativas, fiscais, judiciais e de promoção, no que diz respeito às atividades empresariais. Tais medidas devem visar a garantia de um ambiente jurídico e normativo com normas claras em matéria de saúde, e medidas que promovam o conhecimento da Convenção sobre Direitos da Criança e seus protocolos facultativos tendo em vista fomentar uma cultura empresarial de respeito aos direitos da criança.⁷⁸⁵

Em relação às obrigações centrais do Estado frente ao direito à saúde das crianças, o Comitê assevera⁷⁸⁶:

73. Las obligaciones centrales, de conformidad con el derecho del niño a la salud, son:
- a) Revisar el entorno jurídico y normativo nacional y subnacional y, cuando proceda, enmendar las leyes y políticas;
 - b) Garantizar la cobertura universal de servicios de calidad de atención primaria de salud, en particular en la esfera de la prevención, la promoción de la salud, los servicios de atención y tratamiento y los medicamentos básicos;
 - c) Dar respuesta adecuada a los factores subyacentes que determinan la salud del niño; y

⁷⁸³ Parágrafo 26 do CRC/C/GC/16

⁷⁸⁴ Parágrafo 28 do CRC/C/GC/16

⁷⁸⁵ Parágrafo 28 do CRC/C/GC/16

⁷⁸⁶ Parágrafo 73 do CRC/C/GC/15

- d) Elaborar, ejecutar, supervisar y evaluar políticas y planes de acción presupuestados que conformen un enfoque basado en los derechos humanos para hacer efectivo el derecho del niño a la salud.

Independente dos recursos disponíveis, os Estados tem a obrigação de não adotar medidas que impliquem em retrocesso no direito à saúde das crianças. Com isso, o Comitê frisa as obrigações centrais do Estado de revisar o marco jurídico e normativo nacional e subnacional, de forma a complementar leis e políticas com o fim de assegurar o direito à saúde infantil.⁷⁸⁷ Destacamos as obrigações dos Estados de adotar medidas legislativas e administrativas apropriadas para que a criança possa exercer sem discriminação o direito à saúde.⁷⁸⁸ Além do mais, os Estados devem demonstrar vontade política para o cumprimento progressivo das obrigações previstas no Artigo 24 da Convenção de Direitos da Criança.⁷⁸⁹

⁷⁸⁷ NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)** (CRC/C/GC/15). 17 de abril de 2013.:

“73. Las obligaciones centrales, de conformidad con el derecho del niño a la salud, son:

a) Revisar el entorno jurídico y normativo nacional y subnacional y, cuando proceda, enmendar las leyes y políticas;

d) Elaborar, ejecutar, supervisar y evaluar políticas y planes de acción presupuestados que conformen un enfoque basado en los derechos humanos para hacer efectivo el derecho del niño a la salud.”

⁷⁸⁸ NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)** (CRC/C/GC/15). 17 de abril de 2013.:

“B. Medidas legislativas

94. La Convención exige que los Estados partes adopten todas las medidas legislativas, administrativas y de otro tipo apropiadas para que el niño pueda ejercer sin discriminación su derecho a la salud. Las leyes nacionales deben imponer al Estado la obligación reglamentaria de aportar los servicios, programas, recursos humanos e infraestructura necesarios para realizar el derecho del niño a la salud y otorgar, también por ley, el derecho a servicios esenciales en materia de salud y servicios conexos, de calidad y siempre en función de las necesidades del niño, para embarazadas y niños, independientemente de su capacidad de pago. Deben revisarse las leyes para determinar todo posible efecto discriminatorio o impedimento a la realización del derecho del niño a la salud y, cuando proceda, derogarlo. De ser necesario, los organismos y donantes internacionales han de aportar ayuda para el desarrollo y asistencia técnica para esas reformas jurídicas.

95. La legislación debe cumplir otras funciones diversas en la realización del derecho del niño a la salud definiendo el alcance del derecho y reconociendo a los niños como titulares de derechos; aclarando las funciones y responsabilidades de todas las instancias protectoras; especificando qué servicios tienen derecho a exigir los niños, las embarazadas y las madres; y regulando los servicios y medicamentos para asegurar que sean de calidad y no resulten perjudiciales. Los Estados deben velar por la existencia de salvaguardas legislativas y de otro tipo para proteger y promover la labor de los defensores de los derechos humanos que se ocupan del derecho del niño a la salud.”

⁷⁸⁹ NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)** (CRC/C/GC/15). 17 de abril de 2013:

“74. Los Estados deben demostrar su voluntad de cumplimiento progresivo de todas las obligaciones previstas en el artículo 24, dándoles prioridad incluso en el contexto de situaciones de crisis económica o emergencia. Para ello es preciso planificar, diseñar, financiar y aplicar de forma sostenible la salud del niño y las políticas, programas y servicios conexos.”

Importante notar que, em princípio, apenas os Estados são sujeitos de direito internacional público e por isso, os tratados não estabelecem obrigações vinculantes para o setor empresarial. No entanto, o Comitê dos Direitos da Criança, por meio de suas Observações Gerais, reconhece responsabilidades que se aplicam ao setor privado e às empresas. Também cumpre lembrar que o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em seu Artigo 5º, proíbe a violação dos direitos humanos enunciados, não apenas por parte dos Estados, mas também por qualquer grupo ou indivíduo, o que implica claramente a responsabilidade dos agentes não estatais no exercício dos direitos humanos.⁷⁹⁰

O Comitê dos Direitos da Criança enfatiza as responsabilidades do setor privado para garantia do direito à saúde da criança. Salienta, por exemplo, que as empresas privadas deverão cumprir o Código Internacional para a Comercialização de Substitutos do Leite Materno e das subsequentes resoluções pertinentes da Assembleia Mundial da Saúde, deverão limitar a publicidade de alimentos com alta densidade energética e pobre conteúdo de micronutrientes e das bebidas com alto conteúdo de cafeína ou outras substâncias de possíveis efeitos nocivos para as crianças, assim como deverão abster-se de anunciar, comercializar e vender às crianças tabaco, álcool e outras substâncias tóxicas, ou de fazer uso da imagem de crianças.⁷⁹¹

Assim, na prática, a responsabilidade de respeitar o direito à saúde exige que a indústria alimentícia se abstenha de empreender atividades que afetem negativamente o direito ao mais alto nível de saúde. Anand Grover, relator especial sobre o direito ao mais elevado nível possível de saúde física e mental assevera que a indústria alimentícia tem a obrigação de cumprir leis do marco de políticas nacionais para desincentivar o consumo de alimentos não saudáveis, também devem promover opções mais saudáveis e renunciar atividades que possam

⁷⁹⁰ GROVER, Anand. **Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover: unhealthy foods, non-communicable diseases and the right to health (A/HRC/26/31)**. Human Rights Council, Twenty-sixth session. United Nations, General Assembly, 1 April 2014, Parágrafo 28.

⁷⁹¹ CRC/C/GC/15:

“b) Sector privado

81. Entre otras responsabilidades y en todos los contextos, las empresas privadas deberán abstenerse de contratar niños en trabajos peligrosos, velando por que se respete la edad mínima para el trabajo infantil; cumplir el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud; limitar la publicidad de los alimentos energéticos con bajo contenido en micronutrientes y de las bebidas con alto contenido en cafeína u otras sustancias de posibles efectos nocivos para el niño; y abstenerse de anunciar, comercializar y vender a los niños tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas o de hacer uso de imágenes de niños.”

ameaçar essas políticas. Como exemplo, Grover afirma que a indústria alimentícia deve abster-se de fazer publicidade de produtos não saudáveis direcionada a crianças ou promover mensagens enganosas sobre propriedades de seus produtos para saúde, em conformidade com a legislação e regulamentação nacional. Complementa que o desrespeito a tal normativa pode representar uma infração não só à lei em si, mas ao direito à saúde.⁷⁹² Ao invés de investir no aumento de vendas dos produtos existentes, a indústria alimentícia deveria investir em pesquisa para melhorar o conteúdo nutricional de seus produtos e adotar medidas concretas para que consumidores tenham informação nutricional suficiente sobre seus produtos.⁷⁹³

Diante do relevante papel do setor privado na vida e saúde das crianças, o Comitê de Direitos das Crianças emitiu o Comentário Geral número 16 em 2013, sobre as obrigações do Estado com relação ao impacto do setor empresarial nos direitos das crianças. A vulnerabilidade das crianças é o fundamento central de sua proteção frente aos efeitos do mercado. Conforme cresce a evidência do impacto das atividades empresariais nos direitos das crianças e adolescentes, maior a necessidade de proteção frente a essas práticas. Nesse sentido o Comitê de Direitos das Crianças reconheceu que esse impacto deve-se a globalização das economias, operações transnacionais das empresas e à crescente tendência de descentralização das funções do Estado delegadas ao setor privado.^{794,795} Conforme assevera o Relator Especial Anand Grover, crianças são particularmente vulneráveis às DCNTs relacionadas à alimentação por serem dependentes de outros para se alimentar, como pais, escolas, e também porque são mais suscetíveis ao *marketing*.⁷⁹⁶

O Comitê dos Direitos da Criança reconhece as características peculiares da infância e a maior vulnerabilidade frente aos fatores mercadológicos, nesse sentido, prevê obrigações

⁷⁹² GROVER, Anand. op. cit., Parágrafo 29.

⁷⁹³ GROVER, Anand. op. cit., Parágrafo 32.

⁷⁹⁴ NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación general N° 16 (2013) sobre las obligaciones del Estado en relación con el impacto del sector empresarial en los derechos del niño (CRC/C/GC/16)**. Aprobada por el Comité en su 62° período de sesiones (14 de enero a 1 de febrero de 2013). Naciones Unidas, 17 de abril de 2013.

⁷⁹⁵ “Nesse cenário de encolhimento do papel dos Estados nacionais em sua missão de mediar, pelo exercício da política, as crescentes tensões sociais fruto dos efeitos negativos do capitalismo global, Gilberto Dupas aponta que as grandes corporações descobriram um novo espaço com alta rentabilidade em imagem pública e social – o desejo dos governos de empurrar para âmbito privado as responsabilidades e os destinos da desigualdade”. Em: FERRAZ, Mariana de Araujo. **Direito Humano à Alimentação e Sustentabilidade no sistema Alimentar**. Editora Paulinas, São Paulo, 2017, referência a DUPAS, Gilberto. **Tensões contemporâneas entre o público e o privado**. São Paulo: Paz e Terra, 2003, p. 62.

⁷⁹⁶ GROVER, Anand. op. cit., Parágrafo 35.

concretas, tais quais: a) assegurar que as atividades e operações das empresas comerciais não afetem adversamente ou negativamente os direitos das crianças; b) criar um ambiente propício e de apoio para que as empresas comerciais respeitem os direitos das crianças, incluindo nas relações comerciais internacionais de produtos ou serviços; c) assegurar o acesso efetivo ao ressarcimento dos danos ocasionados pela violação de direitos por parte das empresas. Temos, portanto, aqui, o resumo das obrigações do Estado concernente às atividades empresarias acima comentadas.⁷⁹⁷

Conforme comentado, para trazer mais detalhes sobre as obrigações do Estado em relação ao direito à saúde e a associação entre alimentação e doenças crônicas, em 2014 foi publicado o *Relatório sobre o Direito de Toda Pessoa ao Gozo do Mais Elevado Nível Possível de Saúde Física e Mental*⁷⁹⁸ do então Relator Especial Anand Grover, que abordou os alimentos pouco saudáveis, as doenças não transmissíveis e o direito à saúde.⁷⁹⁹ O Relator Especial enfatiza a necessidade urgente dos Estados introduzirem mudanças estruturais no âmbito da alimentação que afeta negativamente o gozo do direito a uma alimentação adequada e nutritiva como fator determinante do direito à saúde. Reconhece-se que o comércio globalizado, o aumento de investimentos no setor alimentício e a comercialização generalizada de alimentos não saudáveis são determinantes para o aumento do consumo desses alimentos, o que está relacionado com as DCNTs.⁸⁰⁰ Com isso, Grover descreve as principais políticas para

⁷⁹⁷ NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación general N° 16 (2013) sobre las obligaciones del Estado en relación con el impacto del sector empresarial en los derechos del niño** (CRC/C/GC/16). Aprobada por el Comité en su 62° período de sesiones (14 de enero a 1 de febrero de 2013). Naciones Unidas, 17 de abril de 2013.

⁷⁹⁸ Tradução nossa.

⁷⁹⁹ GROVER, Anand. **Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover: unhealthy foods, non-communicable diseases and the right to health** (A/HRC/26/31). Human Rights Council, Twenty-sixth session. United Nations, General Assembly, 1 April 2014.

⁸⁰⁰ Cf. (A/HRC/26/31):

“10. La promoción, comercialización y publicidad globales de alimentos están estrechamente vinculadas a la mundialización, lo que tiene como consecuencia un cambio a una alimentación compuesta de alimentos poco saludables. Las técnicas de venta de estos alimentos tienen por fin aumentar la demanda haciendo que la población adquiera el hábito de consumir el producto con regularidad. Las agresivas estrategias expansionistas aplicadas por las empresas transnacionales en las economías emergentes en las últimas décadas han aumentado la visibilidad y el conocimiento de las marcas mundiales de alimentos, que se aprovechan para aumentar el consumo de esos productos. Se utilizan instrumentos de comercialización específicos para aumentar el consumo asegurando la presencia de estas marcas en tantos lugares como sea posible, a precios asequibles, a la vez que se ofrece un surtido más variado de productos para adaptarse a los gustos y la capacidad de compra locales. Para abastecer a algunas zonas rurales y poblaciones de bajos ingresos, las empresas de refrescos han invertido en botellas más pequeñas a precios inferiores para que el producto resulte aceptable. En otros lugares se aumentan las porciones para fomentar el consumo³⁰. A nivel individual, el aumento del poder adquisitivo y la conveniencia

abordar o problema, como políticas de acessibilidade a alimentos mais saudáveis, políticas fiscais, regulamentação da comercialização e promoção de alimentos pouco saudáveis, e aumento da informação sobre os riscos que esses alimentos oferecem à saúde, sendo tais políticas parte das obrigações de respeitar, proteger e efetivar o direito à saúde.

Conforme assevera Grover, o marco de direito à saúde exige que o Estado adote medidas para prevenir DCNTs associadas à alimentação. Assim, com o fim de cumprir as três obrigações específicas emergentes do direito à saúde – respeitar, proteger e tornar efetivo – *“los Estados no solo deben proporcionar alimentos nutritivos, sino que han de arbitrar medidas en todos los ámbitos de la formulación de políticas para aliviar la carga de las enfermedades no transmisibles vinculadas a la alimentación.”*⁸⁰¹

Nesse contexto, o relator especial observa que a obrigação do Estado de *respeitar* o direito à saúde, como um dever negativo do Estado de abster-se de interferir no gozo do direito à saúde da população, e não interferir nas decisões individuais, não supõe que os Estados se desvinculem das leis e políticas relativas à indústria de alimentos. Salienta que *“La población debe disponer de alternativas viables y asequibles para elegir una alimentación sana”*.⁸⁰² Por sua vez, ressalta a obrigação de *proteger* a população das violações de seu direito à saúde causadas por agentes não estatais, como as grandes empresas privadas do setor alimentício. Assim, Estados devem garantir que a publicidade e promoção dessas empresas transmitam informações corretas e de fácil compreensão sobre os possíveis efeitos negativos de seus produtos.⁸⁰³ Por fim, Grover esclarece que a obrigação de *efetivar* o direito à saúde implica uma obrigação positiva ao Estado de adotar uma estratégia nacional de saúde pública e

de los productos ya preparados fomentan el consumo de alimentos poco saludables. A nivel de la población, las estrategias combativas y sistemáticas que utilizan las empresas transnacionales avivan esa demanda.

11. La industria alimentaria gasta miles de millones de dólares en la promoción y comercialización continua y generalizada de alimentos poco saludables. Las empresas transnacionales suelen firmar contratos exclusivos con establecimientos de comidas rápidas para vender sus productos. Se utilizan diversas estrategias de precios como mecanismo para suscitar la demanda de productos insalubres. Se ha comprobado que hay supermercados que ofrecen más descuentos para productos poco saludables que para, alimentos saludables.”

⁸⁰¹ GROVER, Anand. **Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover: unhealthy foods, non-communicable diseases and the right to health (A/HRC/26/31)**. Human Rights Council, Twenty-sixth session. United Nations, General Assembly, 1 April 2014, Parágrafo 13.

⁸⁰² GROVER, Anand. op. cit. Parágrafo 14.

⁸⁰³ GROVER, Anand. op. cit., parágrafo 15.

um plano de ação para alcançar o mais alto nível possível de saúde.⁸⁰⁴ Grover agrupa essas obrigações da seguinte maneira:

- *Informação e campanhas de sensibilização*

Para realização gradual do direito à saúde, os Estados devem formular e atualizar seus guias alimentares e nutricionais populacionais para orientação sobre alimentação saudável para diferentes grupos, em particular, para grupos mais vulneráveis como o das crianças. Tais diretrizes devem ter base científica e devem ser produzidas com ampla participação da sociedade.⁸⁰⁵ Outra ação necessária para alertar os consumidores e possibilitar escolhas saudáveis diz respeito à rotulagem de alimentos.⁸⁰⁶

- *Políticas Fiscais*

O relatório é preciso ao afirmar que a fim de reduzir a ingestão de alimentos não saudáveis, os Estados devem adotar políticas para desincentivar seu consumo. Cita como exemplo a aplicação de impostos sobre o consumo de bebidas açucaradas para frear a epidemia de obesidade e investir na provisão de água potável. Também aponta medidas de incentivo para produção agrícola de alimentos saudáveis, como frutas e hortaliças, tais quais incentivos fiscais ou políticas de compras públicas.⁸⁰⁷

- *Políticas de comercialização e promoção de alimentos pouco saudáveis*

O Relator Especial assevera que os Estados devem formular políticas nacionais para regulamentar a publicidade de alimentos pouco saudáveis, elaborando leis e um marco normativo com fins de reduzir a exposição das crianças às potentes técnicas de venda de alimentos e bebidas. Reconhece-se a possibilidade de adoção de medidas de autorregulação

⁸⁰⁴ GROVER, Anand. op. cit. parágrafo 16.

“(…)Otra obligación de los Estados es que la información relativa a la alimentación sana sea exacta y accesible para que puedan hacerse elecciones con conocimiento de causa. Reconociendo estas estrechas relaciones entre los alimentos y la salud, los Estados deberán formular políticas multisectoriales que tengan un efecto positivo en la disponibilidad y accesibilidad de alimentos sanos. Por ejemplo, los Estados pueden tener que modificar sus políticas alimentarias y agrícolas, comerciales y fiscales para tomar en consideración los datos epidemiológicos sobre las enfermedades no transmisibles vinculadas a la alimentación, y utilizar indicadores y criterios de referencia para ponerlas en práctica y supervisar su aplicación.(…)”.

⁸⁰⁵ GROVER, Anand. op. cit., parágrafo 17.

⁸⁰⁶ Cumpre notar que esse relatório foi publicado em 2014. Após essa data cresceu evidências científicas apontando os modelos de rotulagem frontal de alerta como superiores aos modelos de semáforo para compreensão do consumidor. Ver ponto 6.3 dessa tese.

⁸⁰⁷ GROVER, Anand. op. cit. parágrafos 19, 20, 21.

publicitária, porém aponta-se as debilidades desse modelo, como o caráter não vinculante, a falta de referências de transparência, de definição coerente do público infantil e de critérios nutricionais, afetando a efetividade das medidas. Sobre acordos de colaboração entre governos e empresas, destaca-se que o conflito de interesses entre a obrigação do Estado de promover a saúde pública e a responsabilidade das empresas de aumentar os lucros aos seus acionistas faz com que tal associação não inspire confiança pela incompatibilidade de propósitos. Além disso, a estreita relação entre empresas alimentícias e organismos públicos pode levar à falta de transparência e independência dos órgãos reguladores, afetando a efetividade dos esforços do Estado para redução das DCNTs⁸⁰⁸. Sobre isso, destacamos o seguinte trecho do relatório:

25. Debido a los problemas inherentes a la autorregulación y a la asociación entre el sector público y el privado, es necesario que los Estados aprueben leyes que impidan a las empresas utilizar estrategias de comercialización insidiosas. La responsabilidad de proteger el disfrute del derecho a la salud justifica la intervención del Estado en situaciones en que terceros, como las empresas de alimentos, utilizan su posición para influir en los hábitos de alimentación fomentando, directa o indirectamente, la alimentación poco saludable, lo que afecta negativamente a la salud de la población. Así pues, los Estados tienen una obligación positiva de reglamentar la publicidad de los alimentos poco saludables y las estrategias de promoción de las empresas de alimentos. En el contexto del derecho a la salud, se pide especialmente a los Estados que protejan a los grupos vulnerables, como los niños, de las violaciones de este derecho. Para dejar menos margen a la publicidad selectiva, algunos Estados han promulgado leyes que prohíben a las empresas hacer publicidad de sus productos con destino a los niños menores de una determinada edad y limitan la disponibilidad de alimentos poco saludables en las escuelas.⁸⁰⁹

É clara, portanto, a obrigação do Estado de regulamentar a publicidade e as estratégias de promoção de alimentos não saudáveis.

- *Políticas de investimento estrangeiro direto*

O relator especial destaca que Estados podem impor condições relacionadas à saúde nos investimentos das empresas transnacionais, requerendo que façam adesão à padrões nacionais de nutrição, publicidade e *marketing*. Entretanto, o relator nota que Estados de baixo ou médio nível econômico possuem menor poder de negociação sobre tais condições.⁸¹⁰

⁸⁰⁸ GROVER, Anand. op. cit., Parágrafos 23 e 24.

⁸⁰⁹ GROVER, Anand. op. cit., Parágrafo 25.

⁸¹⁰ GROVER, Anand. op. cit., Parágrafo 26 e 27

À título de conclusão, Anand Grover assevera que os Estados tem a obrigação de tornar medidas legislativas, judiciais e administrativas disponíveis para viabilizar a responsabilização dos Estados e atores não estatais com fim de remediar violações ao direito à saúde. Reforça que omissões pelos Estados de legislar e implementar marcos regulatórios com respeito à indústria alimentícia pode ser *per si*, uma violação ao direito à saúde. Também salienta que Estados devem formular, implementar e monitorar tais políticas de forma transparente.⁸¹¹ Em resumo, destacamos alguns dos passos recomendados pelo Relator Especial aos Estados para cumprimento do direito à saúde⁸¹²:

- Aumentar a disponibilidade e acessibilidade a alternativas saudáveis de alimentos por meio de políticas fiscais e agrícolas que desencorajem a produção de alimentos não saudáveis, e incentive agricultores a cultivarem alimentos saudáveis (64.a)
- Tornar alimentos saudáveis e nutritivos disponíveis, geograficamente e economicamente acessíveis, especialmente para grupos de baixa renda (64.b)
- Fornecer informações sobre os efeitos nocivos de alimentos não saudáveis e aumentar a conscientização sobre os benefícios de dietas equilibradas e alimentos saudáveis tendo em vista promover o consumo de alimentos mais saudáveis (64.c)
- Adotar, implementar e fiscalizar rotulagem nutricional que sejam de fácil compreensão e respectivos perfis nutricionais (64.d)
- Regular o *marketing*, publicidade e promoção de alimentos não saudáveis, particularmente para crianças, para reduzir sua visibilidade (exposição) à alimentos não saudáveis, e aumentar visibilidade de alimentos saudáveis (64.f)

Reconhecendo o papel da indústria alimentícia no aumento da carga de DCNTs, o Relator Especial recomenda que indústrias:

1. Adotem diretrizes de rotulagem nutricional aceitos internacionalmente e cumpram com diretrizes promulgadas nesse tema nacionalmente (66.a)
2. Abstenham-se de fazer *marketing*, promoção e publicidade de alimentos não saudáveis à população, especialmente para crianças (66.b)
3. Invistam em aprimorar a qualidade nutricional de seus produtos (66.c)

⁸¹¹ GROVER, Anand. op. cit., Parágrafo 50 e 55

⁸¹² GROVER, Anand. op. cit., Parágrafo 64 e 66

4. Aumentem a transparência sobre a informação nutricional de produtos alimentícios, enquanto abstenham-se de fazer alegações de saúde enganosas (66.d)
5. Abstenham-se de prejudicar os esforços de saúde pública nutricional, em particular com o financiamento de pesquisas tendenciosas, instituição de grupos de fachada e condução de litígios onerosos (66.e)

9.2 Marco Jurídico Nacional

Um olhar sobre o direito interno confirma o fundamento jurídico da obrigação do Estado atuar em prol da prevenção da obesidade infantil. No plano constitucional, destacamos a positivação do direito à saúde, do direito à alimentação e dos deveres de proteção e defesa da criança e do consumidor. Cumpre observá-los em face das garantias protetoras da autonomia, livre-iniciativa e supostos embates de medidas reguladoras, como restrições à publicidade de alimentos, e direitos de liberdade de expressão.

9.2.1 Direito à Saúde

O direito à saúde é internalizado na Constituição Federal Brasileira de 1988 como um direito fundamental social, em seu art. 6º, alocado dentro do Título II (Dos Direitos e Garantias Fundamentais), e do Capítulo II (Dos Direitos Sociais), implicando na exigibilidade de prestação estatal para desenvolvimento de políticas públicas que possam viabilizar o desfrutar do mais alto padrão de saúde. Ademais, chamamos atenção ao Art. 196. da CF:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à **redução do risco de doença e de outros agravos** e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (negrito nosso)

Importante notar disposição do Art. 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais promulgado internamente pelo Decreto n. 591 de 6 de julho de 1992.⁸¹³

ARTIGO 12

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.
2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
 - a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças;
 - b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
 - c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
 - d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

É límpido, portanto, o dever do Estado de agir mediante políticas sociais e econômicas na esfera preventiva, ou seja, com fins de redução do risco de doença.

9.2.2 Direito à alimentação

Por sua vez, o direito à alimentação também veio a ser expressamente afirmado na Constituição Federal brasileira no artigo 6º.⁸¹⁴ Tal reconhecimento ocorreu apenas no ano de 2010, através da inclusão da alimentação como direito social pela Emenda Constitucional nº 64. Destacamos que, além de disposição constitucional sobre o direito à alimentação, a Lei de Segurança Alimentar e Nutricional (Lei nº 11.346/2006) afirma o direito humano à alimentação adequada e a obrigação do poder público em adotar políticas e ações para sua promoção:

⁸¹³ BRASIL. **Decreto No 591**, de 6 de julho de 1992.

⁸¹⁴ BRASIL. **Constituição Federal**. 1988

“Art. 6. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional n. 64, de 2010)”

Art. 2º A **alimentação adequada é direito fundamental do ser humano**, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para **promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população**.

§ 1º A adoção dessas políticas e ações deverá levar em conta as dimensões ambientais, culturais, econômicas, regionais e sociais.

§ 2º É dever do poder público respeitar, proteger, promover, prover, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a **realização do direito humano à alimentação adequada**, bem como garantir os mecanismos para sua exigibilidade.

(negrito nosso)

Do direito à alimentação emerge portanto o dever do Estado de promover e garantir a segurança alimentar e nutricional (SAN) da população. E o que é a *segurança alimentar e nutricional*? Muito mais do que segurança sanitária dos alimentos, a SAN tem o conceito ampliado por demandas sociais, necessariamente agregando dimensões fundamentais como: a da suficiência (proteção contra a fome e a desnutrição); a do acesso a alimentos seguros (não contaminados biológica ou quimicamente), de qualidade (nutricional, biológica, sanitária e tecnológica, que previna os males associados à alimentação); adequação (alimentos produzidos e consumidos de forma ambientalmente sustentável, socialmente justa, culturalmente aceitável e incorporando a ideia de acesso à informação).^{815,816}

Importante notar que a alimentação é reconhecida como determinante e condicionante do direito à saúde, tal qual exposto na Lei 8.080/1990:

Art. 2º A **saúde é um direito fundamental** do ser humano, devendo o **Estado prover as condições indispensáveis** ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à **redução de riscos de doenças** e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a **saúde como determinantes e condicionantes**, entre outros, a **alimentação**, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a

⁸¹⁵ BURITY, Valéria *et al.* **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília: Abrandh, 2010, p. 12.

⁸¹⁶ MALUF, Renato S. **Segurança alimentar e nutricional**. 3. ed., Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2011, p. 20.

atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
(Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.
(negrito nosso)

Notório, portanto, o reconhecimento da interdependência entre os direitos à saúde e à alimentação no ordenamento jurídico nacional.

9.2.3 Prioridade absoluta aos direitos da criança e do adolescente

A Constituição Federal de 1988 reconhece formalmente as crianças e adolescentes como sujeitos de direito, dignos de receber proteção integral e ter garantido seu melhor interesse. Em outras palavras, os interesses da criança e do adolescente devem estar sempre em primeiro lugar. Tal reconhecimento vem sedimentado no Art. 227 da CF de 88:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, **à saúde, à alimentação**, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.
(negrito nosso)

Por sua vez, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) materializa e especifica o Art. 227 da Constituição Federal de 1988, confirmando que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, que devem ser escutados, e garantindo a prioridade absoluta em qualquer circunstância, em especial, nas políticas públicas. As responsabilidades para garantia do melhor interesse das crianças e adolescentes são divididas igualmente entre o Estado, a sociedade e a família. Nesse sentido, destacamos o Art. 4o do ECA:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, **à saúde, à alimentação**, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;

- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) **preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;**
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

(negrito nosso)

Dentre os direitos fundamentais da criança e adolescente positivados no ECA, chamamos atenção ao Art. 7º:

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

É clara a obrigação do Estado em empreender esforços mediante políticas públicas para garantia do desenvolvimento sadio da criança e do adolescente. Diante da epidemia de obesidade e DCNTs associados à alimentação inadequada promovida por forças do Mercado, a obrigação do Estado de intervir por meio de políticas públicas em prol da proteção da vida, saúde e desenvolvimento sadio da criança e do adolescente tem suas bases jurídicas nos comentados direitos fundamentais.

9.2.4 Direitos do Consumidor e nocividade dos produtos alimentícios ultraprocessados

Princípios gerais e direitos básicos

Somado aos direitos à saúde e à alimentação, a Constituição Federal de 1988 reconhece no inciso XXXII do artigo 5º, o dever do Estado de promover a defesa do consumidor. Tal disposição apoia-se no reconhecimento da vulnerabilidade intrínseca do consumidor, que veio a ser expressa com a publicação do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078 de 1990). A legislação consumerista brasileira prevê, em seu Artigo 6º, como direitos básicos do consumidor, a proteção da vida, saúde e segurança contra riscos de produtos e serviços perigosos ou nocivos (inciso I); o direito à informação clara e adequada sobre os produtos e serviços que consome (inciso III), o direito à educação e liberdade de

escolha (inciso II),⁸¹⁷ entre outros. O princípio da vulnerabilidade do consumidor vem previsto no art. 4º, I, CDC e serve como diretriz das demais disposições dessa lei. Destacamos que a vulnerabilidade decorre de diversas situações, uma delas é a vulnerabilidade informacional, devido a uma das partes na relação consumidor-fornecedor ser profissional e a outra amadora, havendo, por natureza, uma desigualdade quanto a detenção das informações intrínsecas aos produtos e serviços, sendo tal desigualdade a justificativa para o dever do fornecedor de prestar diversas informações aos consumidores.⁸¹⁸

Ressaltamos também outros princípios norteadores do código⁸¹⁹ como o do dever governamental de defender o consumidor (art. 4º, II, VI e VII, CDC); da garantia de adequação (art. 4º, *caput*), onde é assegurado ao consumidor que produtos sejam adequados nos aspectos de segurança e qualidade; da boa-fé nas relações de consumo (art. 4º, III), que tem como premissa o dever de um comportamento leal entre as partes; da transparência e harmonia nas relações de consumo (art. 4º, CDC); e o próprio princípio da ampla informação, que vem previsto como direito em diversos dispositivos do Código (arts. 4º; 6º, III; 8º; 9º; 10º; 30; 31; 37; 66; entre outros), estando pautado também no princípio da veracidade.

No caso do consumo alimentar, a vulnerabilidade do consumidor é agravada pelo fato dos indivíduos (i) terem a necessidade vital do alimento; e (ii) carecerem de informações quanto à segurança e quanto ao histórico do processo produtivo da comida. Assim, o consumidor só tem a possibilidade de fazer escolhas adequadas se provido das informações necessárias para o exercício do direito de escolha informado.

⁸¹⁷ BRASIL. **Código de Defesa do Consumidor**. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.

“Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

I - a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;

II - a educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, asseguradas a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações;

III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem.

IV - a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços;”

⁸¹⁸ SODRÉ, Marcelo Gomes. Objetivos, Princípios e Deveres da Política Nacional das Relações de Consumo. In: SODRÉ, Marcelo Gomes; MEIRA, Fabíola; CALDEIRA, Fabíola. (Coordenadores). **Comentários ao Código de Defesa do Consumidor**. 1. ed., São Paulo: Editora Verbatim, 2009., p. 43.

⁸¹⁹ SODRÉ, Marcelo Gomes. **Formação do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

Proteção à saúde e segurança e direito à informação

Importante dedicarmos atenção aos artigos 8º, 9º, 10º do CDC⁸²⁰ que versam sobre a Proteção à Saúde e Segurança do consumidor, e assumem existir no mercado de consumo produtos e serviços com graus distintos de nocividade, estabelecendo, assim, formas distintas de dever de informação. Portanto, prevê-se a existência de produtos e serviços no mercado de consumo: com riscos previsíveis em decorrência de sua natureza (art. 8º); ou potencialmente nocivos ou perigosos (art. 9º); ou que não poderiam estar dispostos no mercado de consumo (art. 10º). Cada um desses casos gera níveis diversos do dever de informar, modulados conforme o grau de nocividade, ou seja: obrigação de dar informações necessárias e adequadas a respeito dos riscos previsíveis da natureza e fruição dos produtos e serviços (art. 8º); obrigação de informar de modo ostensivo e adequado (art. 9º); e amplo rol de medidas informativas nos casos de *Recall* (art. 10º). Em resumo temos:

Quadro 5: Dever de informação conforme grau de risco no CDC.⁸²¹

Artigos	Riscos	Dever de Informação dos Fornecedores
Art. 8º CDC	Produtos e Serviços com riscos normais ou previsíveis	Informações necessárias e adequadas a seu respeito
Art. 9º CDC	Produtos e Serviços potencialmente nocivos ou perigosos à Saúde ou Segurança	Informação de maneira ostensiva e adequada
Art. 10º CDC	Impedimento de colocação no mercado de consumo de produtos e serviços com alto grau de nocividade ou periculosidade à Saúde ou Segurança	Comunicação imediata às autoridades competentes e aos consumidores mediante anúncios publicitários, veiculados na imprensa, rádio e televisão. Comunicação para União, Estados, DF e Municípios.

⁸²⁰ BRASIL. **Código de Defesa do Consumidor**. Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990.

⁸²¹ ZWARG, Vinicius Simony. Aspectos fundamentais da saúde e segurança no CDC. In: SODRÉ, Marcelo Gomes; ALMEIDA, Fabíola Pereira; CALDEIRA, Patrícia (org.). **Comentários ao Código de Defesa do Consumidor**. 1a Ed. São Paulo: Ed. Verbatim, 2009, p.79.

Vejamos o Art. 8º que versa sobre os riscos “normais e previsíveis”:

Art. 8º Os produtos e serviços colocados no mercado de consumo não acarretarão riscos à saúde ou segurança dos consumidores, exceto os considerados normais e previsíveis em decorrência de sua natureza e fruição, obrigando-se os fornecedores, em qualquer hipótese, a dar as informações necessárias e adequadas a seu respeito.

§ 1º Em se tratando de produto industrial, ao fabricante cabe prestar as informações a que se refere este artigo, através de impressos apropriados que devam acompanhar o produto.

§ 2º O fornecedor deverá higienizar os equipamentos e utensílios utilizados no fornecimento de produtos ou serviços, ou colocados à disposição do consumidor, e informar, de maneira ostensiva e adequada, quando for o caso, sobre o risco de contaminação.

Nota-se que tais produtos ou serviços não são proibidos, porém geram o dever de informações necessárias e adequadas. A doutrina frequentemente cita como exemplo o caso dos medicamentos: tem importância no mercado de consumo, porém apresentam riscos potenciais ao consumidor, especialmente se não utilizados da forma recomendada (doses, formas de consumo). Nesse sentido deve vir acompanhado de bula (cujos requisitos de informação são regulamentados pelo Estado). Destaca-se que, de acordo com o § 1º do art. 8º, no caso de produto industrial, o fabricante deve prestar informações por impressos que devem acompanhar o produto. Nesse sentido, o CDC tutela o dever de informar.

Na lição de Antônio Hermann de Vasconcelos e Benjamin⁸²², o artigo 8º trata de *periculosidade inerente*, qual seja, aquela indissociável do produto ou serviço, porém diferente dos conceitos de defeito (art. 12 ao 17) ou vício de qualidade e quantidade que tornam os produtos impróprios para o consumo (art. 18 ao 25 do CDC). Há, portanto, uma inafastável periculosidade (como é o caso de facas, liquidificadores, fogões), porém, tal periculosidade é dirimida pelo uso correto do produto.

Por sua vez, o Art. 9º trata dos produtos “potencialmente nocivos e perigosos”:

Art. 9º O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

⁸²² GRINOVER, Ada Pellegrini (et. al). **Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: comentado pelos autores do anteprojeto**. 7 ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2001, p. 47.

Não temos no CDC a definição do que seria um produto nocivo ou perigoso, cabendo tal exame ao caso concreto.⁸²³ Dentre os produtos classicamente entendidos como nocivos à saúde, cita-se com frequência, bebidas alcoólicas, tabaco, agrotóxicos. Dentre produtos comumente considerados perigosos, cita-se fogos de artifício, alguns produtos de limpeza e *air bag*.

O olhar sobre o caso do tabaco e das bebidas alcoólicas é de fundamental importância para o presente estudo. Reconhece-se que tais produtos apresentam graus distintos de nocividade. No caso do cigarro, há consolidada evidência científica sobre a causalidade do consumo em câncer, impotência sexual, enfisema pulmonar, bronquites crônicas, dependência química, entre diversas outras consequências para a saúde – o consumo do produto *per si* gera o dano à saúde. Por sua vez, no caso da bebida alcoólica, aventa-se que, quando consumida com moderação, não necessariamente leva ao dano à saúde. Nesse caso, a forma do consumo é fator central para análise da nocividade, e principalmente, levando em conta as características do consumidor (se criança ou gestante pode levar a danos mais relevantes). Não restam dúvidas que bebidas alcoólicas tratam-se de produtos potencialmente nocivos.⁸²⁴

Defendemos que, de forma não diferente, os produtos alimentícios ultraprocessados com altas quantidades de gorduras, sal/sódio e açúcar,⁸²⁵ são **produtos potencialmente nocivos**, cujos prejuízos à saúde estão comprovados nas diversas evidências científicas trazidas ao longo dessa tese.⁸²⁶ Traçando um paralelo com o caso das bebidas alcoólicas, a forma do consumo é fator de central relevância para configuração da nocividade, no entanto, sua natureza e a forma de comercialização, fazem com que os produtos alimentícios ultraprocessados “alto em” tenham características intrínsecas de potencial nocividade à saúde.

Ocorre que, apenas na última década, a produção científica acerca das consequências em saúde dos produtos ultraprocessados cresceu exponencialmente. Trata-se de um tema novo, comparado com a investigação científica acerca do tabaco ou de bebidas alcoólicas. Nesse sentido, é natural que a partir de agora (e esperamos contribuir com essa tese), a

⁸²³ NUNES, Rizzato. **Comentários ao Código de Defesa do Consumidor**. 2a Ed., Editora Saraiva, 2005, p. 146.

⁸²⁴ ZWARG, Vinicius Simony. Aspectos fundamentais da saúde e segurança no CDC. In: SODRÉ, Marcelo Gomes; ALMEIDA, Fabíola Pereira; CALDEIRA, Patrícia (org.). **Comentários ao Código de Defesa do Consumidor**. 1a Ed. São Paulo. Ed. Verbatim, 2009, p.84.

⁸²⁵ Conforme parâmetros estabelecidos pela OMS/OPAS.

⁸²⁶ Vide Capítulo 3 dessa tese.

produção acadêmica jurídica venha a aumentar trazendo o reconhecimento da potencial nocividade dos produtos alimentícios ultraprocessados, e suas conseqüentes implicações no campo do Direito. No caso do ordenamento jurídico brasileiro, e subsumindo-se ao art. 9º do CDC, a comercialização dos produtos alimentícios ultraprocessados gerariam um dever de informar ainda maior, isto é, deve-se informar de maneira ostensiva e adequada a respeito dessa potencial nocividade, sem prejuízo de outras medidas cabíveis no caso concreto. Sobre tal dever de informação, referente à disciplina do art. 9º do CDC, trazemos a lição de Zelmo Denari:

“uma informação é ostensiva quando exterioriza de forma tão manifesta e translúcida que uma pessoa, de mediana inteligência, não tem como alegar ignorância ou desinformação. É adequada quando, de uma forma apropriada e completa, presta todos os esclarecimentos necessários ao uso ou consumo do produto ou serviço”⁸²⁷

Tal conclusão é de fundamental importância para embasar o dever do Estado de regular as informações no rótulo dos alimentos, ou mesmo na publicidade, de forma a informar indubitavelmente acerca dos riscos advindos da potencial nocividade do consumo dos produtos alimentícios ultraprocessados com altas quantidades de nutrientes críticos.

Interessante notar que a legislação consumerista trata com grande rigor a infração ao dever de informar ostensivamente sobre a nocividade de produtos, constituindo crime contra as relações de consumo:

Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990 – Código de Defesa do Consumidor

Art. 63. Omitir dizeres ou sinais ostensivos sobre a nocividade ou periculosidade de produtos, nas embalagens, nos invólucros, recipientes ou publicidade:

Pena - Detenção de seis meses a dois anos e multa.

§ 1º Incorrerá nas mesmas penas quem deixar de alertar, mediante recomendações escritas ostensivas, sobre a periculosidade do serviço a ser prestado.

§ 2º Se o crime é culposo:

Pena Detenção de um a seis meses ou multa.

⁸²⁷ GRINOVER, Ada Pellegrini, et. al. **Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: comentado pelos autores do anteprojeto**. 7 ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2001, p.149.

Salientamos que outros países, com tradições consumeristas semelhantes à brasileira, aprovaram regulações da publicidade e rotulagem de alimentos que obrigam fornecedores a trazer informações de forma clara e ostensiva sobre características do produto que podem levar ao prejuízo à saúde. Um exemplo concreto é a regulação do Peru, que além de adotar símbolos de advertência (octógono preto) informando sobre a alta quantidade de gorduras saturadas, açúcar, sódio e gorduras trans, alerta sobre a forma de consumo com os dizeres “*evitar seu consumo excesivo*”.

Figura 14: Rotulagem frontal adotada na legislação peruana de alimentos.⁸²⁸



Fonte: Peru, Decreto Supremo N° 012-2018-SA, 2018.

De volta a legislação consumerista brasileira, nota-se que tanto os produtos e serviços disciplinados no art. 8º, como no art. 9º do CDC, podem ser oferecidos no mercado de consumo, com a ressalva do cumprimento do dever de informação. Isso não ocorre no caso de produtos ou serviços com alto grau de nocividade ou periculosidade, regidos pelo art. 10º do CDC, segundo o qual, ficam tais produtos ou serviços proibidos de serem colocados no mercado.⁸²⁹ Não acreditamos ser esse o caso do grau de nocividade dos alimentos

⁸²⁸ Figura extraída de: PERU. **Ley N° 30021, Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes.** DECRETO SUPREMO N° 012-2018-SA.

⁸²⁹ BRASIL. **Código de Defesa do Consumidor.** Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990.

“Art. 10. O fornecedor não poderá colocar no mercado de consumo produto ou serviço que sabe ou deveria saber apresentar alto grau de nocividade ou periculosidade à saúde ou segurança.

§ 1º O fornecedor de produtos e serviços que, posteriormente à sua introdução no mercado de consumo, tiver conhecimento da periculosidade que apresentem, deverá comunicar o fato imediatamente às autoridades competentes e aos consumidores, mediante anúncios publicitários.

§ 2º Os anúncios publicitários a que se refere o parágrafo anterior serão veiculados na imprensa, rádio e televisão, às expensas do fornecedor do produto ou serviço.

§ 3º Sempre que tiverem conhecimento de periculosidade de produtos ou serviços à saúde ou segurança dos consumidores, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão informá-los a respeito.”

ultraprocessados, por esse motivo, ao longo dessa tese, defendemos o dever do Estado de regular sua comercialização e não de proibi-la.

Vimos, portanto, que há uma intrínseca relação do reconhecimento dos riscos de consumo dos produtos alimentícios e o dever de informação. Por fim, salientamos que, conforme lição de Ana Elizabeth Lapa Wanderley Cavalcanti, o direito à informação é previsto constitucionalmente como direito fundamental (art. 5º, IV, XIV e XXXIII da CF), e além de suas vertentes de direito individual de “informar” (transmitir informações) e de “se informar” (buscar e obter informações), destaca-se a vertente de natureza coletiva desse direito, qual seja, o “direito de ser informado”, que possibilita a prática da opção, relacionando-se assim com a liberdade de consciência. Trata-se, portanto, de um direito difuso, relacionado à coletividade de forma indeterminada e indivisível.⁸³⁰

Publicidade

O Código de Defesa do Consumidor estabelece um princípio geral que deve reger a publicidade: trata-se do Princípio da Identificação. De acordo com esse princípio, a publicidade deve ser veiculada de tal forma que o consumidor a identifique como tal de maneira fácil e imediata. Em outras palavras, o consumidor deve entender imediatamente que a mensagem publicitária é dirigida ao público com a finalidade de estimular a demanda por produtos e serviços. O fator persuasivo e parcial do anunciante deve ser identificado pelo interlocutor, diferenciando-se facilmente a mensagem de outro conteúdo jornalístico ou de entretenimento, por exemplo. Esse princípio fica automaticamente prejudicado quando o interlocutor é uma criança, pois esta, ainda não tem plenas condições de avaliar criticamente os discursos.

Tendo isso em vista, o CDC dedica uma inteira seção ao tema da Publicidade.⁸³¹ O Artigo 36º sedimenta o Princípio da Identificação, tal qual descrito anteriormente. O Código

⁸³⁰ CAVALCANTI, Ana Elizabeth Lapa Wanderley. A Rotulagem dos Alimentos Geneticamente Modificados e o Direito à Informação do Consumidor. *In*: PAESANI, Liliana Minardi. (coordenadora). **O direito na sociedade de informação**. São Paulo: Atlas, 2007, p. 145.

⁸³¹ BRASIL. **Código de Defesa do Consumidor**. Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990.

“SEÇÃO III - Da Publicidade

Art. 36. A publicidade deve ser veiculada de tal forma que o consumidor, fácil e imediatamente, a identifique como tal.

então traz as definições de publicidade enganosa e abusiva, classificando-as como ilegais. É enganosa qualquer modalidade de informação ou comunicação de caráter publicitário que seja inteira ou parcialmente falsa ou capaz de induzir em erro o consumidor a respeito da natureza, características, qualidade, quantidade, propriedades, origem, preço e quaisquer outros dados sobre produtos e serviços. Nesse conceito também se inclui a enganiosidade por omissão, quando deixa de informar dado essencial do produto ou serviço. A definição de publicidade abusiva possui um caráter mais aberto e interpretativo. O CDC traz exemplos não taxativos para a publicidade abusiva, como “a publicidade discriminatória de qualquer natureza, a que incite à violência, explore o medo ou a superstição, **se aproveite da deficiência de julgamento e experiência da criança**, desrespeite valores ambientais, ou que seja **capaz de induzir o consumidor a se comportar de forma prejudicial ou perigosa à sua saúde ou segurança**” (Art. 37º § 2º, negrito nosso).

Para efeitos do nosso estudo, que enfoca as práticas de *marketing* para promoção de alimentos não saudáveis, trazemos destaque à abusividade configurada pela publicidade que se *aproveita da deficiência de julgamento e experiência da criança* e que seja capaz de *induzir o consumidor a se comportar de forma prejudicial ou perigosa à sua saúde*. Ora, a publicidade direcionada ao público infantil, que usa de mecanismos para colocar esse público como seu interlocutor principal, traz uma mensagem persuasiva cuja deficiência de julgamento e experiência próprios do estágio de desenvolvimento infantil, fazem com que a criança não perceba o caráter parcial e interessado da mensagem. A criança é, portanto, um hipervulnerável nas relações de consumo. Quando tais mensagens ainda se referem à

Parágrafo único. O fornecedor, na publicidade de seus produtos ou serviços, manterá, em seu poder, para informação dos legítimos interessados, os dados fáticos, técnicos e científicos que dão sustentação à mensagem.

Art. 37. É proibida toda publicidade enganosa ou abusiva.

§ 1º É enganosa qualquer modalidade de informação ou comunicação de caráter publicitário, inteira ou parcialmente falsa, ou, por qualquer outro modo, mesmo por omissão, capaz de induzir em erro o consumidor a respeito da natureza, características, qualidade, quantidade, propriedades, origem, preço e quaisquer outros dados sobre produtos e serviços.

§ 2º É abusiva, dentre outras a publicidade discriminatória de qualquer natureza, a que incite à violência, explore o medo ou a superstição, se aproveite da deficiência de julgamento e experiência da criança, desrespeite valores ambientais, ou que seja capaz de induzir o consumidor a se comportar de forma prejudicial ou perigosa à sua saúde ou segurança.

§ 3º Para os efeitos deste código, a publicidade é enganosa por omissão quando deixar de informar sobre dado essencial do produto ou serviço.

§ 4º (Vetado).

Art. 38. O ônus da prova da veracidade e correção da informação ou comunicação publicitária cabe a quem as patrocina.”

promoção do consumo de alimentos não saudáveis, recomendam o consumo excessivo ou regular desses produtos alimentícios, sem alertar para os riscos à saúde desse consumo, temos uma publicidade duplamente abusiva, por ser direcionada à criança e por induzir o consumidor a se comportar de forma prejudicial à sua saúde.⁸³²

9.2.5 *Livre-iniciativa*

Cumpre observarmos os direitos fundamentais supracitados à luz de sua interação com os princípios gerais da atividade econômica, já que, sustentamos até o momento, que o Estado exerça atividade reguladora sobre as práticas de mercado de produtos alimentícios promotores de dietas não saudáveis associadas ao aumento de obesidade e DCNTs.

Sobre tal tema, é importante ter em mente que a Constituição Federal afirma a ordem econômica fundada na livre-iniciativa, com finalidade de assegurar a todos a existência digna, observando para tanto diversos princípios, dentre eles, a defesa do consumidor.⁸³³ Isso significa que tais princípios devem ser compatibilizados, ou seja, a ordem econômica está suscetível à tutela pelo Estado tendo em vista os ditames da justiça social. Nesse sentido, a

⁸³² Esse ponto será complementado pelas considerações contidas no item “11.1 Regulação da Publicidade de Alimentos” do presente trabalho

⁸³³ BRASIL. **Constituição Federal**. 1988.

“TÍTULO VII

DA ORDEM ECONÔMICA E FINANCEIRA

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS GERAIS DA ATIVIDADE ECONÔMICA

Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios:

I - soberania nacional;

II - propriedade privada;

III - função social da propriedade;

IV - livre concorrência;

V - defesa do consumidor;

VI - defesa do meio ambiente;

VI - defesa do meio ambiente, inclusive mediante tratamento diferenciado conforme o impacto ambiental dos produtos e serviços e de seus processos de elaboração e prestação;

VII - redução das desigualdades regionais e sociais;

VIII - busca do pleno emprego;

IX - tratamento favorecido para as empresas brasileiras de capital nacional de pequeno porte.

IX - tratamento favorecido para as empresas de pequeno porte constituídas sob as leis brasileiras e que tenham sua sede e administração no País.

Parágrafo único. É assegurado a todos o livre exercício de qualquer atividade econômica, independentemente de autorização de órgãos públicos, salvo nos casos previstos em lei.

CF/88 prevê a intervenção do Estado enquanto agente normativo e regulador da atividade econômica, exercendo, por meio de atividade legislativa, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento.⁸³⁴ Com isso, justifica-se a tutela Estatal como baliza garantidora do princípio da dignidade humana, que alcança os direitos sociais à saúde, à alimentação, e à proteção ao consumidor e à criança como sujeito de direitos.

Adalberto Pasqualotto recorda que a atividade econômica é finalística, ou seja, destina-se a produção de bens, que por sua vez destinam-se a suprir as necessidades humanas. Nesse sentido, o produto da atividade econômica é o que a justifica. Entretanto, determinados produtos frutos da atividade econômica podem produzir malefícios, nesse caso, são ilícitos ou controlados. Com isso, sustenta-se que a atividade econômica não é livre, mas sim, ordenada. Nessa esteira, Pasqualotto invoca o Artigo 170 da CF, asseverando que a finalidade da atividade econômica é assegurar a todos a existência digna, em conformidade com os ditames da justiça social, haja vista termos a dignidade da pessoa humana como fundamento da República, afirmado no artigo 1º, III da CF. O desenvolvimento da atividade econômica pautado em tal finalidade, deve ser ordenado em consonância com os princípios trazidos no artigo 170, dentre eles, o balanceamento entre propriedade privada/libre-concorrência com a função social da propriedade/defesa do consumidor.⁸³⁵ Sobre isso, destacamos as palavras do Professor Pasqualotto:

O consumidor é o *homo economicus*, o destinatário da atividade econômica. É ele quem deve ter existência digna. Por isso, a livre-iniciativa, geradora da atividade econômica, não é, em si mesma, um fundamento da República, mas, sim, os seus efeitos sociais (artigo 1º, IV). Na expressão consagrada de Eros Grau, ‘a livre-

⁸³⁴ BRASIL. **Constituição Federal de 1988.**

Art. 174. Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado.

§ 1º A lei estabelecerá as diretrizes e bases do planejamento do desenvolvimento nacional equilibrado, o qual incorporará e compatibilizará os planos nacionais e regionais de desenvolvimento.

§ 2º A lei apoiará e estimulará o cooperativismo e outras formas de associativismo.

§ 3º O Estado favorecerá a organização da atividade garimpeira em cooperativas, levando em conta a proteção do meio ambiente e a promoção econômico-social dos garimpeiros.

§ 4º As cooperativas a que se refere o parágrafo anterior terão prioridade na autorização ou concessão para pesquisa e lavra dos recursos e jazidas de minerais garimpáveis, nas áreas onde estejam atuando, e naquelas fixadas de acordo com o art. 21, XXV, na forma da lei.”

⁸³⁵ PASQUALOTTO, Adalberto. Livre-iniciativa deve levar em conta os efeitos sociais da atividade econômica.

Consultor Jurídico [on line], 20 de maio de 2019. Disponível em: < <https://www.conjur.com.br/2019-mai-20/pasqualotto-livre-iniciativa-efeitos-sociais-atividade-economica> > . Acesso em 2 out 2019.

iniciativa não é tomada, enquanto fundamento da República Federativa do Brasil, como expressão individualista, mas sim no quanto expressa de socialmente valioso'. A livre-iniciativa deve servir aos efeitos úteis da atividade econômica.⁸³⁶

Em relação ao princípio constitucional da função social da propriedade, o Professor Dalmo de Abreu Dallari lembra que ainda que constitucionalmente garantido, tal princípio “não tem por finalidade satisfazer as ambições pessoais dos proprietários, mas prevendo que, a par dos interesses pessoais, toda propriedade seja utilizada de forma a contribuir para satisfação das necessidades sociais, numa ordem social em que todos tenham a possibilidade de uma vida digna com o atendimento de suas necessidades essenciais.”⁸³⁷ Traçando um paralelo, conclui-se que o conceito de “atividade econômica livre” significa que ela deva ser desimpedida de maiores embaraços, mas de modo algum infere nos seus fins, quais sejam os efeitos sociais.⁸³⁸

Nesse sentido, chamamos mais uma vez a lição de Dalmo de Abreu Dallari quando explana sobre as teorias finalísticas do Estado da perspectiva do relacionamento Estado-indivíduo. A base das teorias de *fins relativos* do Estado centra-se na ideia de solidariedade. Destacamos um ponto da teoria solidarista:

As ações humanas são a expressão de uma solidariedade que existe no íntimo dos indivíduos, e só quando essa solidariedade se externa é que cai no círculo das atividades essenciais do Estado. Assim, pois, o peculiar e próprio do Estado são as manifestações sistemáticas da vida solidária dos homens. *Conservar, ordenar e ajudar* são as três grandes categorias a que se pode reduzir a vida do Estado.⁸³⁹

Seguindo essa linha de raciocínio, e sintetizando as ideias das teorias finalísticas do Estado, pode-se concluir que o fim do Estado é o bem comum, entendido como o conjunto de todas as condições de vida social que consintam e favoreçam o desenvolvimento integral da personalidade humana.⁸⁴⁰ O Estado, portanto, busca o *bem comum de um certo povo, situado*

⁸³⁶ Ibid.

⁸³⁷ DALLARI, Dalmo de Abreu. Implementação dos direitos humanos no século XXI. [obra não publicada], p. 16.

⁸³⁸ PASQUALOTTO, Adalberto. Op. cit. 2019.

⁸³⁹ DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. São Paulo: Saraiva, 22. Ed, 2001, p.106.

⁸⁴⁰ Papa João XXIII, *Pacem in Terris* (Encíclica), I, 58. apud DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. São Paulo: Saraiva, 22. Ed, 2001, p.107.

*em determinado território.*⁸⁴¹ “Assim, pois, o desenvolvimento integral da personalidade dos integrantes desse povo é que deve ser o seu objetivo, o que determina uma concepção particular de bem comum para cada Estado, em função das peculiaridades de cada povo.”⁸⁴² Em nossa leitura, tal concepção da finalidade do Estado corrobora para o entendimento de que a atividade econômica sujeita-se a ser ordenada pelo Estado, de forma a garantir o bem comum.

Tal reflexão acerca da finalidade do Estado e a disciplina do poder econômico é de fundamental importância para o tema aqui em estudo. Quando o alimento deixou de ser simplesmente comida para tornar-se uma *commodity* comercializada por grandes conglomerados transnacionais, o poder político e econômico da grande indústria alimentícia passa a ser dominante e determinante da capacidade dos Estados de disciplinarem os impactos da livre-iniciativa na vida e saúde da população. Temos, entretanto, na Constituição Cidadã de 88, um instrumento para ponderação dos abusos do poder econômico em face dos direitos fundamentais. Adentraremos nesse tema a seguir, finalizando esse ponto com reflexão trazida por Dalmo de Abreu Dallari sobre a luta contra os abusos do poder econômico:

O poder político é necessário às sociedades humanas e pode ser um instrumento de justiça e de paz social, mas sua utilização pelo poder econômico para o estabelecimento e a manutenção de privilégios o converte em inimigo da maioria, que é economicamente fraca e dependente. Em face dessa realidade, o grande desafio que se põe para o constituinte de hoje é conseguir disciplinar o poder econômico, para que ele não impeça a construção de uma ordem social em que todos os seres humanos sejam livres e iguais. (...) A história recente da humanidade e o testemunho do presente demonstram com muita evidência que o grande risco para a independência do poder político e, conseqüentemente, para a liberdade dos povos e dos indivíduos é o abuso do poder econômico. Encontrar fórmula adequada para disciplinar o poder econômico, contendo-o dentro de limites jurídicos e impedindo que ele seja utilizado para satisfazer as ambições e o egoísmo de alguns à custa da infelicidade de muitos, é um dos principais desafios para o constituinte de hoje.⁸⁴³

10. CONFLITOS E COMPATIBILIZAÇÃO DE DIREITOS

⁸⁴¹ DALLARI, Dalmo de Abreu. op. cit., p. 107.

⁸⁴² Ibid, p. 107.

⁸⁴³ DALLARI, Dalmo de Abreu. **Constituição e constituinte**. 4. ed., São Paulo: Saraiva, 2010, p. 100; 102-103.

Nesse ponto, adentramos a discussão acerca da possibilidade de limitação de direitos fundamentais diante do fenômeno da colisão de direitos. No plano concreto, quando direitos fundamentais exercidos por titulares distintos colidem, não há que se falar na anulação de um pelo outro. Há, entretanto uma imposição de limites recíprocos, de forma que ambos subsistam em seus núcleos essenciais. Conforme apontam Sueli Gandolfi Dallari e Vidal Serrano Nunes Júnior, embora não exista hierarquia entre normas constitucionais definidoras de direitos fundamentais e as que consagram outros valores constitucionais, o equacionamento da colisão deve ser conduzido de duas formas: 1) havendo colisão entre dois direitos fundamentais, o intérprete deve buscar um ponto de convivência dos dois direitos, sem que um anule o outro, e sem que um seja ampliado e o outro diminuído; 2) havendo colisão entre um direito fundamental e um direito consagrador de outro valor constitucional, o intérprete deve ampliar o direito fundamental e restringir o direito constitucional não fundamental.⁸⁴⁴

Importante notar que os direitos sociais integram os direitos fundamentais, pois objetivam promover a qualidade de vida a todos, ainda que resumidos a um ‘um mínimo vital’. Assim, a garantia dos direitos sociais é condição inerente para o pleno exercício das liberdades e da preservação da dignidade humana, integrando o rol de direitos fundamentais dos países democráticos de direito, ainda que tacitamente.⁸⁴⁵ Os direitos sociais tem o Estado como referência, quer em uma perspectiva normativa e reguladora (dimensão objetiva), quer em uma perspectiva prestacional (dimensão subjetiva). Quando observamos os direitos sociais à saúde e à alimentação sob a ótica da epidemia de obesidade promovida por práticas nocivas de mercado, temos tais direitos sociais em sua dimensão objetiva, implicando na função do Estado de moderar e equilibrar as relações sociais.⁸⁴⁶ Verificando-se a existência de uma desigualdade ingênita nas relações jurídicas, o Estado deve cumprir com uma função moduladora, sobretudo por meio de leis, de forma a definir padrões que coíbam o abuso do poder econômico – exatamente como ocorre nas relações de consumo.⁸⁴⁷

⁸⁴⁴ DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JR, Vidal Serrano. **Direito Sanitário**. Editora Verbatim, São Paulo, 2010, p.42.

⁸⁴⁵ ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. Tradução Virgílio Afonso da Silva. 2a edição, 4a tiragem. Malheiros Editores, p.422-443.

⁸⁴⁶ DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JR, Vidal Serrano. **Direito Sanitário**. Editora Verbatim, São Paulo, 2010, p.61.

⁸⁴⁷ Ibid, p.62.

Voltemos então ao plano concreto para análise de algumas das medidas regulatórias recomendadas para redução da demanda por produtos alimentícios não saudáveis comentadas no capítulo anterior: tributação de bebidas açucaradas; regulação da publicidade de alimentos direcionada ao público infantil; rotulagem frontal em produtos alimentícios; regulação do ambiente escolar alimentar com restrição à venda/publicidade de alimentos não saudáveis. Nesses casos, os direitos à vida, saúde, alimentação (enquanto direitos fundamentais) a defesa do consumidor (enquanto dever do Estado) e o direito da criança de que tais direitos fundamentais sejam assegurados com absoluta prioridade, poderiam justificar restrições ao direito à livre iniciativa e à atividade publicitária no contexto das medidas regulatórias em comento? Sustentamos que tais restrições podem respeitar os limites da proporcionalidade conforme considerações à seguir.

10.1 Liberdade, autonomia e fundamentação de medidas restritivas de direitos

A liberdade é um valor caro a qualquer sociedade democrática. À priori, ninguém quer viver em um contexto em que se obrigue os indivíduos a viver e se comportar de maneira homogênea, controlada, em desrespeito às diversas possibilidades de expressão dos seres humanos. Imaginem viver em um mundo em que todos estejam obrigados a se vestir da mesma forma, ter a mesma religião, agir, se expressar, comer, respirar, circular, etc. de forma controlada. Imaginem viver em um mundo em que a esfera do comportamento individual fosse ditada por ente alheio. Difícil conceber tal situação sem prejuízo ao cerne da dignidade. Ser livre é um pressuposto da felicidade humana. Por isso o valor da liberdade foi alvo de muitas lutas para ser incorporado como um princípio norteador da maneira como vivemos e interagimos na sociedade.

Para a garantia dessa liberdade, temos um Estado, que pode operar de maneira mínima, corrigindo abusos e distorções que ameacem tal princípio. Atenção, a figura do “Estado Mínimo”, não quer dizer Estado inexistente, omissos ou negligentes. O princípio da liberdade deve ser compatibilizado com outros princípios norteadores do Estado Democrático de Direito. Por esse motivo, nossa Constituição Federal elenca um conjunto de direitos fundamentais de forma a consolidar o valor maior da dignidade humana.

O usufruto da liberdade pressupõe a existência de um ambiente sadio. Explico. Seria possível o exercício do direito de ir e vir se não houvesse um ambiente que proporcionasse as condições necessárias para o deslocamento seguro e livre? Seria possível o livre desenvolvimento econômico, se a sociedade estivesse acometida com problemas de saúde e inserida em um ambiente avesso à qualidade de vida? Nesse sentido o direito à saúde e o princípio da liberdade são interdependentes, isto é, um necessita do outro para existir.

O usufruto da liberdade também pressupõe a provisão de informações claras, verdadeiras, acessíveis, para o exercício do direito de escolha livre e informada. Pressupõe a proteção de grupos mais vulneráveis, que venham a possuir deficiências no julgamento de tais informações, como o é o público infantil diante da comunicação mercadológica.

Assim, consumidores e crianças são grupos mais suscetíveis à abusos e distorções que ameaçam suas liberdades. Por isso, dentro de nosso pacto social, a figura do Estado é constituída com o dever de correção de tais ameaças. Esse dever emerge claramente dos direitos garantidos à criança, à defesa do consumidor e à saúde. Novamente, mesmo em uma concepção de Estado mínimo, deixar de atuar nessas frentes é adentrar a esfera da negligência da função estatal. Aqui repito, Estado mínimo, não quer dizer Estado inexistente ou Estado negligente.

Vejamos os exemplos de regulações recomendadas aos Estados para prevenção da obesidade infantil aqui destacados: restringir a publicidade de determinados produtos ao público infantil; ou restringir a venda de refrigerantes ou produtos ultraprocessados não saudáveis em escolas. Em tais casos, não se restringe a liberdade das famílias em definir a alimentação, ou hábitos de consumo dos filhos. Pais, mães, cuidadores ou responsáveis permanecem com a autonomia de oferecer salgadinhos, refrigerantes ou doces aos seus filhos conforme lhes parecer adequado, impondo limitações ou não. Tal liberdade permanece intacta mesmo que a publicidade desses produtos seja restrita ou a venda ou disponibilização seja limitada dentro das escolas. Tais regulações não implicam em intervenção na liberdade familiar por meio de vedação ou imposição de determinadas condutas.

Pode-se aventar que tais medidas regulatórias seriam expressões de um “paternalismo” Estatal. Sobre tal tema, Virgílio Afonso da Silva chama atenção sobre o que se quer dizer com “paternalismo” e “autonomia”. Se paternalismo for entendido como “intervenção na liberdade

familiar por meio da imposição ou vedação de determinadas condutas, sejam alimentares, sejam de consumo – parece claro que não se pode falar em paternalismo no âmbito da regulamentação da publicidade dirigida ao público infantil.”⁸⁴⁸ Isso porque, nesse caso, a liberdade familiar permanece inalterada, independente da quantidade de publicidade veiculada. Entretanto, se o termo “paternalismo” é concebido em sentido mais fraco, como uma “tentativa estatal de informar e, em alguns casos, fomentar determinadas condutas – então é claro que estamos diante de uma ação paternalista quando discutimos restrições à publicidade direcionada às crianças.”⁸⁴⁹

Na tentativa de livrar o termo “paternalismo” de uma conotação negativa, autores como Thaler e Susteain passam a qualificar ações na qual não há imposição de conduta, ainda que haja uma conduta preferida e fomentada, como paternalismo moderado (*soft paternalismo*) ou “paternalismo libertário”.⁸⁵⁰ Há aqui uma tentativa de compatibilizar aquilo que *à priori* parece contraditório. O aspecto libertário infere que pessoas devem ser livres para fazer o que quiserem, sendo, portanto, livres para escolher. Quando o termo “paternalismo” é adjetivado pelo termo “libertário” quer-se dizer que se preserva a liberdade. Ou seja, é legítimo que políticas influenciem o comportamento das pessoas para a adoção de escolhas mais saudáveis⁸⁵¹. Entretanto, o paternalismo libertário seria um tipo suave e não intrusivo de paternalismo, pois as escolhas não seriam vedadas ou prejudicadas de forma significativa. Assim, se uma pessoa quer fumar cigarros ou comer muitos doces, o paternalismo libertário não os forçará a agir de forma diferente, mas estará pró-ativamente tentando direcionar pessoas a escolhas que aprimorarão suas qualidades de vida. Um exemplo de intervenção do paternalismo libertário seria posicionar produtos mais saudáveis na altura dos olhos em

⁸⁴⁸ Sobre esse tema, trazemos a lição de Virgílio Afonso da Silva, em parecer sobre a constitucionalidade da restrição da publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas voltada ao público infantil. Cf. SILVA, Virgílio Afonso da. **A Constitucionalidade da Restrição da Publicidade de Alimentos e de Bebidas Não Alcoólicas voltada ao Público Infantil**. São Paulo: Instituto Alana, 26 de abril de 2012, p.5.

⁸⁴⁹ Contudo, o professor salienta que tal conotação seria tão paternalista quanto a definição de conteúdos programáticos nas escolas. *Ibid*, p.5

⁸⁵⁰ RICHARD, H. Thaler; SUNSTEIN, Cass R. **Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness**. London: Penguin, 2009, p.5.

⁸⁵¹ Achados em reconhecidos estudos de ciência social demonstram que, em muitos casos, indivíduos tomam decisões ruins – decisões que eles não teriam tomado se tivessem prestado muita atenção ou possuído informações completas, habilidades cognitivas ilimitadas e completa auto-controle. Cf. RICHARD, H. Thaler; SUNSTEIN, Cass R. **Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness**. London: Penguin, 2009.

supermercados, já o banimento total de comercialização de *junk food* não se enquadraria nessa abordagem.

Nesse ponto, chamamos atenção ao caso da restrição à comercialização de refrigerantes e outros produtos ultraprocessados em escolas. Ainda que seja uma restrição mais forte, e limitadora da escolha de compra, cumpre salientar que estamos falando de um espaço bastante limitado e pontual dentro do universo de micro e macrossistemas de existência das crianças. A liberdade dos pais de irem a um supermercado, comprarem produtos para e com seus filhos, ensinarem regras, ou até mesmo, mandarem tais produtos nas lancheiras das crianças é preservado. Ou seja, a escolha da criança e a negociação de regras da família tem seu lócus resguardado. Porém, quando na escola, e num momento em que os responsáveis legais não estão presentes, a venda de certos produtos pode ser restrita, com base não apenas no dever de proteção quanto aos riscos que apresentam, mas na função de educação do espaço escolar em estimular hábitos saudáveis.

Além disso, o caso das crianças é particular, pois elas naturalmente dependem de outros para sua subsistência. Por isso, Estado, sociedade e família compartilham responsabilidades sobre a vida da criança (Art. 227 da CF). Se deliberadamente os responsáveis pela criança deixam de alimentá-las adequadamente, de prover moradia, proteção, e condições para a existência saudável, o Estado é chamado a intervir. Nesse raciocínio, o paternalismo libertário ou a regulação do mercado para promoção de escolhas mais saudáveis para crianças trata-se de obrigação mínima do Estado, no seu dever de compatibilizar e garantir os direitos sedimentados na Carta maior.

Virgílio Afonso da Silva comenta, em primoroso parecer, alguns dos argumentos mais frequentes usados em oposição às medidas regulatórias estatais sobre a publicidade de alimentos não saudáveis direcionada à criança. Um deles apoia-se no argumento da isonomia, segundo o qual, não se poderia restringir a publicidade de um ou outro produto uma vez que vários produtos são considerados potencialmente nocivos à saúde. Nessa linha de raciocínio, ou se proíbe a publicidade de todos ou de nenhum, sob pena de prejuízo ao dever de tratamento isonômico. Esse argumento seria correto se estivesse em jogo produtos idênticos de marcas diferentes, em que o Estado decidisse regular apenas uma dessas marcas. No entanto, na hipótese de o Estado decidir regular, por exemplo, a indústria de refrigerantes, e não a de

sucos ou salgadinhos, não fere necessariamente o dever de tratamento isonômico. Decisões de políticas públicas implicam em escolhas fundamentadas, e os poderes políticos tem legitimidade e competência para tanto.⁸⁵²

Outro argumento frequentemente usado para se contrapor às medidas regulatórias em comento, refere-se a suposta ausência de nexo de causalidade entre a publicidade (ou preço, informação no rótulo, ou acessibilidade aos produtos alimentícios não saudáveis) e obesidade. Afere-se, por exemplo, que a publicidade não tem o condão de *causar* a obesidade e sobrepeso. Nesse ponto fazemos remissão à primeira parte dessa tese em que abordamos as causas da obesidade (o desbalanço energético) e os seus diversos promotores (muitos deles centrados na conformação do ambiente obesogênico). A publicidade, acessibilidade, preço de alimentos ultraprocessados são alguns dos fatores, não os únicos, que podem influenciar nos hábitos alimentares, sendo uma das variáveis do complexo problema da obesidade infantil. Salientamos, em linha com Virgílio Afonso da Silva que, não é possível defender a ausência de regulamentação estatal por meio de afirmações como “esse ou aquele produto, atividade ou situação não são causa do problema” ou “o problema é complexo e envolve diversas variáveis, logo não se pode regulamentar apenas uma delas”.⁸⁵³ Novamente reforçamos que políticas públicas implicam em escolhas legítimas por parte dos poderes públicos, e as mesmas podem ser fundamentadas em evidências de custo-efetividade, conforme comentado na segunda parte desse trabalho. Nesse contexto, a lógica do “tudo ou nada” é completamente distanciada da realidade e das possibilidades concretas de atuação do Estado para realização de seus deveres.

As considerações acima nos conduzem à conclusão de que não existem direitos absolutos, estando todos sujeitos a algum tipo de restrição, de modo que possibilite sua compatibilização. Os direitos decorrentes do princípio da liberdade podem ao mesmo tempo ser interdependentes à proteção à saúde e alimentação das crianças, como também conflitantes. Nesse sentido, cumpre contemplar as condições e limites para tais restrições. Nosso sistema jurídico permite a restrição total a direitos constitucionalmente protegidos?

⁸⁵² “Não é possível imaginar que só é possível restringir algo se tudo aquilo que guardar alguma semelhança com esse algo também for restringido. Isso implicaria uma eliminação total na liberdade de conformação de políticas públicas. Para se ter uma ideia do que isso significaria, basta um exemplo: seria como dizer que não seria possível proibir a venda e o consumo de drogas porque outras drogas, como o cigarro, são produzidas e vendidas livremente. Quem parte desse raciocínio simplista, só pode chegar a uma conclusão: ou se libera tudo, ou se proíbe tudo. Não me parece necessário argumentar que o mundo é um pouco mais complexo do que esse maniqueísmo pretende fazer crer.” Em: SILVA, Virgílio Afonso da. op. cit. 2012, p.12-13.

⁸⁵³ SILVA, Virgílio Afonso da. op. cit. 2012, p.15.

Conforme comentado, o teste de proporcionalidade oferece critérios para aferição da constitucionalidade de restrições legais à direitos previstos constitucionalmente.

A análise do conteúdo essencial dos direitos fundamentais⁸⁵⁴ nos permite aferir se a restrição total a um direito pode ser, em algum caso, considerada proporcional, e por conseguinte, constitucional.⁸⁵⁵ No entanto, não há na Constituição brasileira previsão específica sobre a definição do conteúdo essencial dos direitos fundamentais. Isso nos leva a encarar a dicotomia “conteúdo essencial absoluto” *versus* “conteúdo essencial relativo”. Aqueles que defendem que direitos tem conteúdo essencial absoluto, inferem que uma área de proteção desse direito é absolutamente infensa a intervenções e restrições – tal posição enfrenta o problema de como definir o conteúdo absoluto e intangível. Com isso, Virgílio Afonso da Silva defende que:

(1) a ideia de conteúdo essencial absoluto não é parâmetro para definir a constitucionalidade ou a inconstitucionalidade de uma medida, já que, como se viu, medidas que não passam nem perto desse conteúdo podem eventualmente ser consideradas inconstitucionais; (2) a intensidade de uma intervenção restritiva em um direito fundamental não é, sozinha, parâmetro suficiente para analisar sua constitucionalidade ou inconstitucionalidade, já que, como se viu, uma restrição mais intensa pode ser, em alguns casos, mais aceitável do que uma restrição menos intensa. Se isso é assim, então o conteúdo essencial de um direito só pode ser definido de forma relativa, porque essa definição depende de variáveis presentes nos casos concretos, não sendo possível de ocorrer em abstrato.⁸⁵⁶

Assim, conforme defende o professor, a análise de constitucionalidade não pode se dar de forma automática, pressupondo a aplicação da *regra da proporcionalidade*, que supõe uma análise da adequação da medida restritiva adotada, necessidade e sopesamento entre os direitos envolvidos, implicando um exame comparativo entre os graus de restrição e realização desses direitos. Nesse sentido:

A proporcionalidade é, portanto, dividida em três etapas: adequação, necessidade e proporcionalidade em sentido estrito, nos seguintes termos: uma medida estatal que

⁸⁵⁴ SILVA, Virgílio Afonso da. **Direitos fundamentais: conteúdo essencial, restrições e eficácia**. São Paulo: Malheiros, 2009.

⁸⁵⁵ SILVA, Virgílio Afonso da. **A Constitucionalidade da Restrição da Publicidade de Alimentos e de Bebidas Não Alcoólicas voltada ao Público Infantil**. São Paulo: Instituto Alana, 26 de abril de 2012, p.23.

⁸⁵⁶ SILVA, Virgílio Afonso da. op. cit. 2012, p.23.

restringe um direito fundamental é adequada se for apta a fomentar os objetivos perseguidos; ela é necessária se a realização do objetivo perseguido não puder ser promovida, com a mesma eficiência, por meio de outro ato que limite em menor medida o direito fundamental atingido; ela é, por fim, proporcional em sentido estrito se o grau de realização do direito a ser fomentado justificar o grau de restrição ao direito atingido.⁸⁵⁷

Necessário portanto, adentrar no caso concreto, e levar em conta todas as características da medida regulatória proposta. Virgílio nos conduz a essa reflexão quando analisa o caso da restrição total à publicidade de alimentos não saudáveis (de um determinado tipo de produtos) direcionada ao público infantil (um determinado público). Inicialmente, esclarece que “restrição total” nesse contexto está longe de ser uma restrição total à publicidade (ou a um direito à publicidade decorrente de sua interconexão com a liberdade de expressão ou a livre iniciativa). Tal conclusão não se dá pelo fato da restrição dirigir-se apenas a um produto ou a um público específico, mas sim, porque prova-se proporcional, nos aspectos de adequação e necessidade para os fins perseguidos, e proporcional em sentido estrito em relação aos direitos restringidos.

O juízo de *adequação* não analisa se a medida restritiva seria a única maneira de lidar com o problema, tampouco que seja a forma mais adequada para tanto. A restrição à publicidade de alimentos não saudáveis direcionada à criança é um meio adequado para diminuir o estímulo ao consumo desses alimentos, uma vez que, à contrário senso, investe-se milhões nessa estratégia como mecanismo de expansão de vendas, logo restringi-la, desestimularia o consumo. Aí está a adequação.

Já o juízo da *necessidade* da medida implica verificar se não há outra medida tão eficiente quanto, e que, por sua vez, restrinja menos o direito atingido. Nessa esteira, aventa-se a proposta da autorregulação como medida alternativa, com a ressalva de se mostrar tão eficiente quanto a medida estatal cogitada. A autorregulamentação teria que se demonstrar tão protetiva aos direitos da criança quanto a proposta regulatória estatal em análise. Conforme já apreciado, diversos estudos trazem evidências da deficiência da autorregulamentação do mercado para limitar ou diminuir a demanda pelos produtos que produzem. É um contrassenso pensar que o setor econômico, movido pela lógica do lucro e maximização da demanda de

⁸⁵⁷ Ibid, p.23.

seus produtos ou serviços, seja o mesmo ator a limitar a promoção de seu negócio.⁸⁵⁸ Por analogia, se pensarmos nas outras propostas regulatórias para redução da demanda por produtos alimentícios não saudáveis, como a tributação para aumento do preço, restrição à venda desses produtos em escolas, ou rotulagem informativa dos riscos dos alimentos, é impensável que medidas autorregulatórias cumpram com igual eficácia a função de desestimular o consumo de tais produtos.

A doutrina nacional e o Supremo Tribunal Federal⁸⁵⁹ admitem restrições totais a direitos, ainda que em ocasiões mais raras. O grau de proteção ao direito fundamental não é definido em abstrato, de forma absoluta, mas sim em concreto, de forma relativa, quando passam no teste de proporcionalidade, de forma a não afetar o conteúdo essencial dos direitos restringidos.⁸⁶⁰ As restrições ao suposto direito à publicidade ou à livre-iniciativa nas hipóteses de medidas regulatórias comentadas nesse trabalho, devem ser, portanto, analisadas no caso concreto, não havendo *à priori*, um direito absoluto que impossibilite tais restrições.

861

Para essa análise, cumpre olharmos as propostas de norma em concreto, o que não é objetivo do presente estudo. A regulação da publicidade de alimentos, por exemplo, pode assumir os mais diversos formatos: regulação de determinados produtos, horários ou veículos de disseminação, direcionamento da mensagem para crianças, proibição de patrocínios, associação de brindes ao produtos, etc. Os impostos à produtos alimentícios também podem ter variadas formas: restritos à bebidas açucaradas, ou refrigerantes, amplos para produtos alto em nutrientes críticos, mensurados por quantidade de açúcar, por porção, impostos sobre a venda do produto final, ou sobre insumos, etc. De igual forma, a regulação do ambiente escolar alimentar pode assumir diversas vertentes: restrição à venda e/ou publicidade de determinados produtos, promoção e disponibilização de alimentos saudáveis, regulação do posicionamento de produtos em cantinas, regulação da venda de produtos no entorno escolar, etc. Por sua vez, as medidas de rotulagem de produtos alimentícios também podem apresentar aspectos distintos: símbolos e mensagens de alerta na rotulagem frontal sobre presença de alta

⁸⁵⁸ Ibid, p.26.

⁸⁵⁹ Cf. PEREIRA, Bruno Ramos. **O uso da proporcionalidade no Supremo Tribunal Federal**. São Paulo: Dissertação de Mestrado. (FD-USP), 2009.

⁸⁶⁰ Cf. ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. Tradução Virgílio Afonso da Silva. 2a edição, 4a tiragem. Malheiros Editores, p. 297.

⁸⁶¹ SILVA, Virgílio Afonso da. op. cit. 2012, p.27.

quantidade de nutrientes críticos (gordura, calorias, açúcar, sódio), diferentes perfis nutricionais para presença dos selos, ou rótulos meramente informativos sobre composição dos produtos, etc. Enfim, a análise da constitucionalidade do caso em concreto pode fazer uso dos recursos da análise de proporcionalidade, não cabendo dizer que, *à priori*, tais medidas regulatórias seriam impossibilitadas pela existência de um direito absoluto limitador de tais restrições. Para esse fim, argumentos técnicos e de saúde pública (alguns deles trazidos nesse trabalho) são de fundamental importância para demonstrar que os ganhos das propostas restritivas superam eventuais perdas, demonstrando-se a compatibilidade de tais medidas com a proporcionalidade.

11. SITUAÇÃO NO ORDENAMENTO NACIONAL E POSSIBILIDADE JURÍDICA DAS MEDIDAS REGULATÓRIAS RECOMENDADAS

A presente seção tem como objetivo trazer uma descrição geral do *status* regulatório normativo no Brasil de algumas das propostas recomendadas para frear a epidemia de obesidade infantil sob o enfoque de promover a redução da demanda por produtos alimentícios não saudáveis. Salientamos que todos os temas abaixo renderiam por si só trabalhos de pesquisa em pós-graduação exclusivos. Estaremos longe de esgotar os temas propostos, porém, temos como intuito trazer uma panorama geral do *status* regulatório dos referidos temas com um enfoque específico na restrição da promoção e estímulo à diminuição de demanda de produtos alimentícios não saudáveis.

11.1 Regulação da Publicidade de Alimentos

11.1.1 Autorização constitucional

A Constituição Federal não prevê expressamente a existência de um “direito à publicidade”. Ainda que o mesmo possa ser inferido das normas constitucionais referentes à liberdade de expressão e comunicação (Art. 5º, IV e IX), liberdade de imprensa (Art. 220) e livre-iniciativa (Art. 170, *caput*), conforme se viu, jamais teria caráter absoluto.⁸⁶² Outra corrente de pensamento salienta que não há que se falar em “direito à liberdade de expressão comercial das empresas” enquanto direitos fundamentais. Nessa linha de raciocínio, diferencia-se a proteção à liberdade de expressão prevista no Art. 5º da CF que se refere à livre manifestação e circulação de ideias, concepções políticas, filosóficas, religiosas, etc.; da publicidade, enquanto prática comercial para promover uma marca ou venda de produtos e serviços, sendo ela mesmo, objeto de comercialização com os veículos anunciantes. Há um caráter necessariamente parcial nas mensagens publicitárias, por isso contestável a existência de uma liberdade de expressão comercial dissociada dos parâmetros constitucionais que regulamentam a livre-iniciativa e a atividade comercial como um todo inseridos no título “Da ordem Econômica e Financeira” da CF e sujeitos aos princípios ordenadores da atividade econômica, com destaque à sua função social e à defesa do consumidor.⁸⁶³ Nesse sentido, conforme assevera Vidal Serrano Nunes Júnior, “o fato da publicidade comercial ser baseada em princípios constitucionais não significa, em absoluto, que não possa ser limitada, principalmente em relação a outros princípios de proteção da dignidade da pessoa humana e, sobretudo, da proteção integral e prioritária da criança e do adolescente.”⁸⁶⁴

Por sua vez, a restrição à publicidade é mencionada no Art. 220, §4º, prevendo expressamente que a publicidade de tabaco, bebidas alcoólicas, agrotóxicos, medicamentos e terapias estará sujeita à restrições legais:

Art. 220. A manifestação do pensamento, a criação, a expressão e a informação, sob qualquer forma, processo ou veículo não sofrerão qualquer restrição, observado o disposto nesta Constituição.

§ 3º Compete à lei federal:

⁸⁶² Posição adotada por SILVA, Virgílio Afonso da. op. cit. 2012

⁸⁶³ GONÇALVES, Tamara Amoroso. O caso brasileiro. In: HENRIQUES, Isabella. **Publicidade de Alimentos e crianças: regulação no Brasil e no mundo**. São Paulo: Saraiva, 2013, p.35-36.

⁸⁶⁴ NUNES JR, Vidal Serrano; SOUZA, Adriana Cerqueira de. A discussão legal da publicidade comercial dirigida ao público infantil. In: FONTENELLE, Lais (org.). **Criança e Consumo 10 anos de transformação**. São Paulo: Instituto Alana, 2016, p.345.

II - estabelecer os meios legais que garantam à pessoa e à família a possibilidade de se defenderem de programas ou programações de rádio e televisão que contrariem o disposto no art. 221, bem como da propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente.

§ 4º A propaganda comercial de tabaco, bebidas alcoólicas, agrotóxicos, medicamentos e terapias estará sujeita a restrições legais, nos termos do inciso II do parágrafo anterior, e conterá, sempre que necessário, advertência sobre os malefícios decorrentes de seu uso.

Importante notar que a restrição à publicidade de outros produtos que não os listados no Art. 220, §4º é algo permitido pelo ordenamento, como por exemplo, nos casos de publicidade enganosa ou abusiva vedadas pelo Código de Defesa do Consumidor. Não fosse assim, uma publicidade que estimulasse a compra e uso de armas de fogo, ou que iludisse o consumidor com promessas falsas sobre propriedades de certos alimentos estaria permitida por força constitucional, o que sabemos não ser verdade. Novamente, reforçamos as conclusões apresentadas anteriormente, de que não há direito absoluto não passível de restrição *à priori*. O fato do legislador prever expressamente a restrição aos produtos descritos no Art. 220, §4º “é deixar explícito que o legislador, nos casos nela previstos, tem um menor ônus de fundamentar o porquê de determinada legislação restritiva, já que esse porquê já é fornecido pela própria Constituição.”⁸⁶⁵ Tal disposição normativa, portanto, não tem o condão de impedir outras restrições.⁸⁶⁶

Feito esse esclarecimento, retomamos o olhar ao Código de Defesa do Consumidor cujos dispositivos concernentes à publicidade foram comentados anteriormente.⁸⁶⁷ O CDC estabelecido pela Lei Federal 8.078 de 1990 consolida a legislação consumerista e contempla a regulação da publicidade amplamente em sua “Seção III – Da Publicidade”, não se restringindo à determinados produtos. Nele temos a consubstanciação da possibilidade constitucional de restrição à publicidade, em particular “à propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente” conforme letra do Art. 220 § 3º,

⁸⁶⁵ Cf. SILVA, Virgílio Afonso da. Os direitos fundamentais e a lei: a constituição brasileira tem um sistema de reserva legal?. In: NETO, Cláudio Pereira Souza; SARMENTO, Daniel; BINENBOJM, Gustavo (orgs.). **Vinte anos da Constituição Federal de 1988**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009, p. 615–616. apud SILVA, Virgílio Afonso da. op. cit. 2012, p.20.

⁸⁶⁶ Outro exemplo concreto de restrição à publicidade de produtos diferentes dos listados no no art. 220, §4o da CF está presente na Lei n. 11.265 de 2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. Nessa legislação, há restrições explícitas ao comércio e publicidade de alimentos infantis previstos na lei.

⁸⁶⁷ Vide ponto “8.2.1 Direitos e Deveres emergentes do plano Constitucional Brasileiro” desse trabalho.

II da CF⁸⁶⁸. Nesse contexto, o CDC veda a publicidade que seja capaz de induzir o consumidor a se comportar de forma prejudicial à saúde e que se aproveite da deficiência de julgamento e experiência da criança (art. 37 § 2º), qualificando-a como abusiva, e portanto, ilegal.

11.1.2 RDC 24/2010 da Anvisa

Com base nessa autorização legal e nos diversos fundamentos constitucionais abordados nesse trabalho, a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) iniciou um processo regulatório sobre a publicidade de alimentos no ano de 2006, com amplo debate social sobre a regulação da publicidade de alimentos por meio de um processo que envolveu diversos atores sociais interessados. Foi aberta a Consulta Pública n. 71/2006, promovendo inclusive audiências públicas para que se pudesse melhor contemplar os argumentos dos diversos setores, como organizações de defesa dos direitos do consumidor e de saúde pública, e o próprio setor regulado. Deste debate com a sociedade foi elaborada a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC nº 24, de 15 de junho de 2010, publicada em 29 de junho de 2010, que determinava que a publicidade de alimentos com alto teor de açúcar, gorduras e sódio, bem como de bebidas com baixo teor nutricional, passasse a ser seguida de mensagens de alerta quanto aos riscos à saúde associados ao consumo excessivo desses produtos.⁸⁶⁹

No entanto, logo após sua publicação, a resolução RDC 24 da Anvisa foi alvo de diversas ações judiciais por parte da indústria alimentícia.⁸⁷⁰ Na ação ordinária 42882-

⁸⁶⁸ BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. “Art. 220. A manifestação do pensamento, a criação, a expressão e a informação, sob qualquer forma, processo ou veículo não sofrerão qualquer restrição, observado o disposto nesta Constituição.

§ 3º Compete à lei federal:

II - estabelecer os meios legais que garantam à pessoa e à família a possibilidade de se defenderem de programas ou programações de rádio e televisão que contrariem o disposto no art. 221, bem como da propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente.”

⁸⁶⁹ Importante notar que diferentemente da proposta de norma discutida na Consulta Pública n. 71/2006, a RDC n. 24/2010 da Anvisa foi silente quanto a regulação da publicidade de alimentos direcionada ao public infantil.

⁸⁷⁰ Cf. documentado por GONÇALVES, Tamara Amoroso. op. cit., 2013, p.34, tem-se notícia das seguintes ações: Processo n. 0022116.62.2010.403.6100 – Autor: Associação Nacional dos Restaurantes (ANR) – 8a Vara Federal de SP; Processo n.55190.16.2010.4.01.3400 – Autor: Associação Brasileira das Indústrias de Refrigerantes e Bebidas não Alcoólicas (Abir) – 13a Vara Federal do DF; Processo n. 5024208.14.2010.404.7000 – Autor: Associação dos Fabricantes de Refrigerantes do Brasil (Afrebras) – 6a Vara Federal de Curitiba; Processo n. 42882-45.2010.4.01.3400 – Autor: Associação Brasileira da Indústria de Alimentação (Abia) – 16a

45.2010.4.01.3400, movida pela Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação (ABIA), que tramitou na 16ª Vara da Justiça Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal, a indústria argumentou que a Anvisa teria ultrapassado os limites da competência que lhe foi atribuída por lei, sustentando que tal tema somente poderia ser tratado em lei federal. O argumento da ABIA foi acatado na decisão final, que reconheceu ter havido ofensa ao “direito à publicidade” e interferência indevida na atividade econômica dos fornecedores de alimentos, o que acabou resultando na suspensão da eficácia do referido regulamento.

Diversas foram as manifestações da sociedade civil e de juristas nesse caso. Em “Carta à Sociedade Brasileira em Defesa da Regulamentação da Publicidade de Alimentos Não Saudáveis como Direito de Cidadania” mais de 40 entidades da sociedade civil expressaram-se pela consonância da norma com os direitos sociais assegurados constitucionalmente, tais quais, o direito à saúde, à alimentação e a proteção à infância, destacando que “a proteção da saúde pressupõe o dever de informar sobre o risco do consumo excessivo de alimentos altamente calóricos, ricos em açúcar, gorduras não saudáveis e sódio, características encontradas na imensa maioria dos alimentos altamente processados”.⁸⁷¹

A validade e constitucionalidade da norma RDC 24/2010 foi defendida por diversos juristas⁸⁷² no documento “Anvisa e a Regulação da Publicidade de Alimentos”, conforme aqui se destaca:

ANVISA, ao editar a Resolução nº 24/2010, impõe condições à liberdade de expressão que estão em perfeita consonância com a Constituição Federal, na medida em que visam a proteger as pessoas e as famílias de propagandas que possam ser nocivas à saúde. Além disso, a Resolução nº 24/2010 não viola a competência de qualquer outra esfera regulatória, uma vez que na atual organização constitucional do

Vara Federal do DF; Processo n. 57288.71.2010.4.01.34.00 – Autor: Associação Brasileira da Indústria de Chocolates, Cacau, Amendoim, Balas e Derivados – 7a Vara Federal do DF; Processo n.47480-42.2010.4.01.3400 – Autor: Confederação Nacional do Turismo – 2a Vara Federal do DF; Processo n. 59486-81.2010.4.01.3400 – Autor: Sindica-DF; Processo n. 2194662.2011.4.01.3400 – Autor: Associação Brasileira das Indústrias de Massas Alimentícias – 20a Vara Federal do DF; Processo n. 15965-52.2011.4.01.3400 DF; Processo n. 0006999-94.2011.4.03.6100 – Autor: Associação Brasileira de Franchising – 9a Vara Federal de SP (informações verificadas em março de 2013).

⁸⁷¹ Carta à Sociedade Brasileira em Defesa da Regulamentação da Publicidade de Alimentos Não Saudáveis como Direito de Cidadania. Disponível em:

<http://www.idec.org.br/pdf/apoio_publicidade_alimentos_final_nov.pdf>. Acesso em: 20.07.2016

⁸⁷² Carlos Ari Sundfeld (FD/PUC-SP), Floriano de Azevedo Marques Neto (FD/USP), Dalmo de Abreu Dallari (FD/USP), Fábio Konder Comparato (FD/USP), Gilberto Bercovici (FD/USP), Marcelo Neves (FD/USP), Vidal Serrano Junior (PUC-SP), Walter Ghelfi (publicitário), Sueli Gandolfi Dallari (FSP/USP), Fernando Aith (CEPEDISA), Marco Aurélio Torronteguy (CEPEDISA).

sistema jurídico-sanitário brasileiro é a ANVISA quem detém a competência normativa para o controle de alimentos, inclusive de sua publicidade. Isso porque a Lei federal nº 9.782/99 estabelece para a ANVISA o dever de controlar, fiscalizar e acompanhar, sob o prisma da legislação sanitária, a propaganda e publicidade de produtos submetidos ao regime de vigilância sanitária, como os alimentos (art. 7º, XXVI c/c art. 8º, § 1º, II). Todos os demais agentes regulatórios estão, portanto, obrigados a respeitar a normatização sobre a propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde editada pela ANVISA.⁸⁷³

Apesar da forte fundamentação para manutenção da norma RDC 24/2010 da Anvisa, temos, até o dia de hoje, a não observância de suas disposições. Publicidades de produtos alimentícios com alto teor de açúcar, gordura e sódio seguem sendo publicizadas livremente, sem que o consumidor tome conhecimento dos riscos associados ao seu consumo.

11.1.3 Resolução nº 163/2014 do CONANDA

Por sua vez, no ano de 2014, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), órgão colegiado de caráter normativo e deliberativo, vinculado à Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, publicou a Resolução n. 163 que considera abusiva, e portanto, ilegal, a prática do direcionamento de publicidade e comunicação mercadológica à criança com a intenção de persuadi-la para o consumo de qualquer produto ou serviço. O termo “comunicação mercadológica” compreende toda e qualquer atividade de comunicação comercial para a divulgação de produtos e serviços independentemente do suporte ou do meio utilizado, além de anúncios impressos, comerciais televisivos, *spots* de radio e *banners* na internet, podem ser citados como exemplos, as embalagens, promoções, *merchandising*, disposição de produtos nos pontos de vendas, entre outros. A resolução esclarece os aspectos que caracterizam a ilegalidade do direcionamento da mensagem ao público infantil, e para tanto, apoia-se nos ditames do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078 de 1990) que proíbe a publicidade abusiva em seu art. 37, *caput*, destacando no § 2º ser abusiva a publicidade que se aproveite da deficiência de julgamento e experiência da criança.

⁸⁷³ Carta à Sociedade Brasileira em Defesa da Regulamentação da Publicidade de Alimentos Não Saudáveis como Direito de Cidadania. Disponível em: <http://www.idec.org.br/pdf/apoio_publicidade_alimentos_final_nov.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

De acordo com a Resolução 163 do CONANDA, é abusivo o direcionamento de publicidade e comunicação mercadológica à crianças em eventos, espaços públicos, páginas de internet, canais televisivos, em qualquer horário, por meio de qualquer suporte ou mídia. Também é abusivo a publicidade e comunicação mercadológica no interior de creches e das instituições escolares da educação infantil e fundamental, inclusive em seus uniformes escolares ou materiais didáticos. A Resolução também traz critérios mais claros, e não taxativos, das técnicas usadas para direcionar a publicidade ao público infantil, quais sejam⁸⁷⁴: linguagem infantil, efeitos especiais e excesso de cores; trilhas sonoras de músicas infantis ou cantadas por vozes de criança; representação de criança; pessoas ou celebridades com apelo ao público infantil; personagens ou apresentadores infantis; desenho animado ou de animação; bonecos ou similares; promoção, com distribuição de prêmios ou brindes colecionáveis, ou com apelos ao público infantil; e promoção com competições ou jogos com apelo ao público infantil.

No caso da publicidade e comunicação mercadológica direcionada ao adolescente a Resolução 163 do CONANDA também coloca algumas regras (Art. 3º), como:

- não permitir que a influência do anúncio leve o adolescente a constranger seus responsáveis ou a conduzi-los a uma posição socialmente inferior;
- não induzir, mesmo implicitamente, sentimento de inferioridade no adolescente, caso este não consuma determinado produto ou serviço;
- primar por uma apresentação verdadeira do produto ou serviço oferecido, esclarecendo sobre suas características e funcionamento, considerando especialmente as características peculiares do público-alvo a que se destina.

⁸⁷⁴ BRASIL. CONANDA – CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Resolução n. 163 de 13/03/2014:**

“Art. 2º Considera-se abusiva, em razão da política nacional de atendimento da criança e do adolescente, a prática do direcionamento de publicidade e de comunicação mercadológica à criança, com a intenção de persuadi-la para o consumo de qualquer produto ou serviço e utilizando-se, dentre outros, dos seguintes aspectos:

I - linguagem infantil, efeitos especiais e excesso de cores;

II - trilhas sonoras de músicas infantis ou cantadas por vozes de criança;

III - representação de criança;

IV - pessoas ou celebridades com apelo ao público infantil;

V - personagens ou apresentadores infantis;

VI - desenho animado ou de animação;

VII - bonecos ou similares;

VIII - promoção com distribuição de prêmios ou de brindes colecionáveis ou com apelos ao público infantil; e

IX - promoção com competições ou jogos com apelo ao público infantil.”

Entidades de defesa dos direitos das crianças sustentam que a Resolução 163 do CONANDA tem força normativa e vinculante, sendo seu cumprimento obrigatório:

Por ser um ato normativo primário previsto no Art. 59 da Constituição Federal, as Resoluções do Conanda possuem poder vinculante e devem ser seguidas e consideradas por todos os agentes sociais e estatais. Um exemplo paradigmático da força de uma Resolução de um Conselho Nacional ligado ao Poder Executivo, como o Conanda, é a atuação do Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama), o qual editou inúmeras Resoluções vigentes e vinculantes para toda a sociedade, em especial a Resolução n. 237, que determinou as normas, atribuições, funções e competências para o licenciamento ambiental, o qual intervém fortemente nas atividades empresárias de exploração do meio ambiente. Ainda, em discussão travada no Supremo Tribunal Federal (STF) acerca da validade da Resolução n. 7 do CNJ, que proibiu a prática do nepotismo no Poder Judiciário, o Plenário decidiu veementemente pela legitimidade e competência do Conselho Nacional para editar Resoluções, posto que elas são consideradas atos normativos primários.⁸⁷⁵

O setor regulado reagiu negativamente, e em nota pública não reconheceu a legitimidade e vigência da Resolução nº 163, afirmando que apenas o Poder Legislativo teria legitimidade constitucional para legislar sobre publicidade comercial, e que a autorregulamentação exercida pelo Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR) seria “o melhor – e mais eficiente – caminho para o controle de práticas abusivas em matéria de publicidade comercial.”⁸⁷⁶

11.1.4 Judiciário: decisão de caso no STJ e STF

O impasse normativo acerca da regulação da publicidade infantil de alimentos não saudáveis acaba expressando-se no Judiciário em diversos casos.⁸⁷⁷ Aqui destacaremos o caso

⁸⁷⁵ INSTITUTO ALANA. CRIANÇA E CONSUMO. **Entenda a resolução que define a abusividade da publicidade infantil** (Notícias). Online. Publicado em 17/04/2014. Disponível em: <<http://criancaconsumo.org.br/noticias/entenda-a-resolucao-que-define-a-abusividade-da-publicidade-infantil/>>. Acesso em: 13 out. 2019.

⁸⁷⁶ ABERT. **Nota pública – publicidade infantil. 7 de abril de 2014**. Disponível em: <<http://www.abert.org.br/web/index.php/notmenu/item/22580-nota-publica-publicidade-infantil>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

⁸⁷⁷ Alguns com iniciativa de denúncias do Instituto Alana e compilados no seguinte site: <<http://criancaconsumo.org.br/acoes-juridicas/>>. Acesso em 16 de agosto de 2019.

emblemático de comunicação mercadológica abusiva de alimentos não saudáveis direcionada ao público infantil com decisão transitada em julgado nas cortes superiores.

Em 10 de março de 2016, no julgamento histórico de Ação Civil Pública do Ministério Público de São Paulo (Recurso Especial nº 1.558.086/SP)⁸⁷⁸, a 2ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu como abusiva, a publicidade dirigida às crianças. O caso tratou da campanha “É Hora de Shrek”, de 2007, da empresa Pandurata, detentora da marca Bauducco, na qual as crianças precisavam juntar cinco embalagens de qualquer produto da linha ‘Gulosos Bauducco’ e pagar mais R\$ 5,00 para ganhar um relógio exclusivo do filme.⁸⁷⁹

Conforme aponta voto do Ministro Herman Benjamin do STJ:

Nós temos uma publicidade abusiva, (...), por ser dirigida à criança, e dirigida à criança do que tange a produtos alimentícios(...), não se trata de paternalismo sufocante nem de moralismo demais, é o contrário, significa reconhecer que a autoridade para decidir sobre a dieta dos filhos, é dos pais. E que nenhuma empresa comercial, e nem mesmo outras que não tenham interesse comercial direto, têm o direito constitucional legal assegurado de tolher a autoridade e o bom senso dos pais.”⁸⁸⁰

Por sua vez, o Ministro Mauro Campbell ressaltou que o acórdão irá consignar a “proteção da criança como prioridade”, e não o aspecto econômico do caso. Campbell lembrou que o Brasil é o único país que tem em sua Carta Magna dispositivo que garante prioridade absoluta às necessidades das crianças, em todas as suas formas. O Ministro também lembra que o Superior Tribunal de Justiça dá a última palavra sobre aplicação de leis federais no Brasil, e orientando-se pela Constituição Federal, o precedente fixa a correta interpretação do Art. 37, § 2º, da Lei n. 8.078/1990.⁸⁸¹

⁸⁷⁸ MINISTÉRIO PÚBLICO DE SÃO PAULO vs. EMPRESA PANDURATA ALIMENTOS LTDA (Recurso Especial n. 1.558.086/SP)

⁸⁷⁹ IDEC – INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Direito sem Ruído – A histórica decisão do STJ sobre publicidade de alimentos dirigida à criança**. Publicado em abril de 2017. Disponível em: < <https://idec.org.br/publicacao/direito-sem-ruído-historica-decisao-do-stj-sobre-publicidade-de-alimentos-dirigida>>. Acesso em: 13 out. 2019.

⁸⁸⁰ Ibid.

⁸⁸¹ Ibid.

Em 2017 o STF manteve a decisão do STJ que condenou a Bauducco, transitado em julgado em 13.12.2017.⁸⁸² Paralelamente à essa ação, o Procon estadual de São Paulo multou a empresa, que por sua vez ingressou com ação para anulação da penalidade, sendo essa por fim julgada improcedente pela Justiça de São Paulo em 7 de janeiro de 2019.⁸⁸³

Conclusão

O ordenamento jurídico brasileiro ampara constitucionalmente a possibilidade de regulação da publicidade de alimentos não saudáveis, principalmente no aspecto da abusividade do direcionamento ao público infantil. Defendemos que, além de não haver obstáculo impeditivo à tal regulação, há um dever regulatório do Estado de regradar as práticas de comunicação mercadológica dos produtos alimentícios não saudáveis de forma a proteger a vulnerabilidade da criança e a vulnerabilidade informacional do consumidor. Entretanto, apesar da clareza de tais princípios, direitos e deveres constitucionais e infraconstitucionais, não temos hoje, no Brasil, lei específica para regular o tema sob a perspectiva de defesa da saúde e prevenção de DCNTs relacionadas à má nutrição. Tal tarefa encontra-se hoje relegada à casuística de denúncias, processos administrativos e ações judiciais levados ao Judiciário, que levam anos para serem decididos, e atuam num aspecto punitivo de infrações já ocorridas. O ordenamento jurídico brasileiro carece, todavia, de uma legislação cogente que guie as práticas mercadológicas de forma a oferecer ampla proteção ao consumidor e à criança quanto ao estímulo nocivo ao consumo de alimentos associados à epidemia de obesidade e DCNTs.

11.2 Regulação do ambiente alimentar escolar

É extensa a produção acadêmica acerca das políticas de alimentação escolar no Brasil. Não temos intenção de enfrentar tema tão complexo em profundidade nesse trabalho, porém

⁸⁸² SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Recurso Extraordinário com agravo 1.038.825 São Paulo**. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/arquivos/2017/5/art20170515-15.pdf>>. Acesso em: 13 de outubro de 2019.

⁸⁸³ Processo: 0000782-96.2010.8.26.0053. Em: MIGALHAS. **Publicidade infantil - Mantida multa à Bauducco por publicidade infantil abusiva**. Online. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/Quentes/17,MI294619,61044-Mantida+multa+a+Bauducco+por+publicidade+infantil+abusiva>>. Acesso em: 13 out. 2019.

faremos o exercício de comentar as principais disposições normativas que autorizam o Estado a disciplinar a matéria sob a perspectiva de restringir alimentos não saudáveis nesses espaços.

A começar pela Constituição Federal, temos a límpida ligação entre o dever do Estado com a educação e o direito à alimentação:

Art. 208. O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de:

IV - educação infantil, em creche e pré-escola, às crianças até 5 (cinco) anos de idade;

VII - atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, **alimentação** e assistência à saúde.

Evidentemente a interpretação desse dispositivo deve vir em conjunto com os direitos e princípios já comentados nesse trabalho, em particular, a responsabilidade compartilhada entre Estado, sociedade e família pela defesa dos direitos da criança com absoluta prioridade; o direito à saúde enquanto dever do Estado de tomar medidas de redução de risco de doença; e o dever de proteção do consumidor e da hipervulnerabilidade da criança.

Tais disposições serviram como as bases fundamentadoras do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE, que assegura a oferta de alimentação saudável e variada a todos os alunos da rede pública de educação, assim como a promoção educativa de hábitos alimentares saudáveis. A institucionalização do PNAE ocorreu por meio da Lei 11.947 de 2009,⁸⁸⁴ e sedimenta importantes avanços para a política alimentar escolar, dentre eles:

⁸⁸⁴ As principais diretrizes da alimentação escolar vem sedimentadas no Art. 2o da Lei n. 11.947/09:

“Art. 2o São diretrizes da alimentação escolar:

I - o emprego da alimentação saudável e adequada, compreendendo o uso de alimentos variados, seguros, que respeitem a cultura, as tradições e os hábitos alimentares saudáveis, contribuindo para o crescimento e o desenvolvimento dos alunos e para a melhoria do rendimento escolar, em conformidade com a sua faixa etária e seu estado de saúde, inclusive dos que necessitam de atenção específica;

II - a inclusão da educação alimentar e nutricional no processo de ensino e aprendizagem, que perpassa pelo currículo escolar, abordando o tema alimentação e nutrição e o desenvolvimento de práticas saudáveis de vida, na perspectiva da segurança alimentar e nutricional;

III - a universalidade do atendimento aos alunos matriculados na rede pública de educação básica;

IV - a participação da comunidade no controle social, no acompanhamento das ações realizadas pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios para garantir a oferta da alimentação escolar saudável e adequada;

V - o apoio ao desenvolvimento sustentável, com incentivos para a aquisição de gêneros alimentícios diversificados, produzidos em âmbito local e preferencialmente pela agricultura familiar e pelos empreendedores familiares rurais, priorizando as comunidades tradicionais indígenas e de remanescentes de quilombos;

1. a universalidade do atendimento a todos os estudantes em 200 dias letivos do ano;
2. o aporte nutricional mínimo de 20% das necessidades diárias dos estudantes;
3. a inclusão da educação alimentar e nutricional no currículo escolar;
4. a exigência de que Municípios e Estados devem adquirir obrigatoriamente alimentos produzidos por agricultores familiares em pelo menos 30% dos repasses federais;
5. a definição de diretrizes nutricionais para aquisição dos alimentos.

Trazemos destaque a esse último ponto. Na definição das diretrizes nutricionais para aquisição dos alimentos, estabelece-se categorias de restrição e proibição de produtos alimentícios. É prerrogativa do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) regulamentar uma série de dispositivos de operacionalização do PNAE, dentre eles, determinar as categorias de alimentos proibidos, restritos ou de livre aquisição nas compras públicas efetuadas com os repasses do programa. Nessa esteira, encontra-se a Resolução nº 6 de maio de 2020, que alinha os requisitos do PNAE com o Guia Alimentar para População Brasileira de 2014 e com o Guia Alimentar para crianças menores de dois anos, ambos publicados pelo Ministério da Saúde. Em apertada síntese, a resolução estabelece restrições financeiras à aquisição de produtos alimentícios ultraprocessados e também proíbe a compra de determinados produtos, como refrigerantes e refrescos artificiais, balas e similares, chocolate, biscoito, maionese etc. De acordo com a resolução, no mínimo 75% dos recursos do PNAE serão destinados à compra de alimentos *in natura* ou minimamente processados; no máximo 5% podem ser destinados à aquisição de ingredientes culinários processados; e não mais que 20% dos recursos podem ser destinados à compra de produtos processados e ultraprocessados.⁸⁸⁵

VI - o direito à alimentação escolar, visando a garantir segurança alimentar e nutricional dos alunos, com acesso de forma igualitária, respeitando as diferenças biológicas entre idades e condições de saúde dos alunos que necessitem de atenção específica e aqueles que se encontram em vulnerabilidade social.”

⁸⁸⁵ Essa passagem foi atualizada após a data de fechamento da tese. Cf.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. [Resolução nº 6, de 08 de maio de 2020](#).

Art. 18 Os cardápios devem ser planejados para atender, em média, as necessidades nutricionais estabelecidas na forma do disposto no Anexo IV desta Resolução, sendo de:

(...)

§ 6º Os cardápios devem, obrigatoriamente, limitar a oferta de:

I – produtos cárneos a, no máximo, duas vezes por mês;

II – legumes e verduras em conserva a, no máximo, uma vez por mês;

Por sua vez, a Portaria Interministerial 1010/2006 do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Nela, esclarece-se que a alimentação saudável no ambiente escolar depende também de restrições a oferta e venda de alimentos não saudáveis no ambiente escolar:

Art. 5º - Para alcançar uma alimentação saudável no ambiente escolar, devem-se implementar as seguintes ações:

I. definir estratégias, em conjunto com a comunidade escolar, para favorecer escolhas saudáveis;

II. sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos com alimentação na escola para produzir e oferecer alimentos mais saudáveis;

III. desenvolver estratégias de informação às famílias, enfatizando sua corresponsabilidade e a importância de sua participação neste processo;

IV. conhecer, fomentar e criar condições para a adequação dos locais de produção e fornecimento de refeições às boas práticas para serviços de alimentação, considerando a importância do uso da água potável para consumo;

V. restringir a oferta e a venda de alimentos com alto teor de gordura, gordura saturada, gordura trans, açúcar livre e sal e desenvolver opções de alimentos e refeições saudáveis na escola;

VI. aumentar a oferta e promover o consumo de frutas, legumes e verduras;

III – bebidas lácteas com aditivos ou adoçadas a, no máximo, uma vez por mês em unidades escolares que ofertam alimentação escolar em período parcial e, no máximo, duas vezes por mês em unidades escolares que ofertam alimentação escolar em período integral;

IV – biscoito, bolacha, pão ou bolo a, no máximo, duas vezes por semana quando ofertada uma refeição, em período parcial; a, no máximo, três vezes por semana quando ofertada duas refeições ou mais, em período parcial; e a, no máximo, sete vezes por semana quando ofertada três refeições ou mais, em período integral;

V – doce a, no máximo, uma vez por mês;

VI – preparações regionais doces a, no máximo, duas vezes por mês em unidades escolares que ofertam alimentação escolar em período parcial; e a, no máximo, uma vez por semana em unidades escolares que ofertam alimentação escolar em período integral;

VII – margarina ou creme vegetal a, no máximo, duas vezes por mês em unidades escolares que ofertam alimentação escolar em período parcial; e a, no máximo, uma vez por semana em unidades escolares que ofertam alimentação escolar em período integral.

§ 7º É proibida a oferta de gorduras trans industrializadas em todos os cardápios.

§ 8º É proibida a oferta de alimentos ultraprocessados e a adição de açúcar, mel e adoçante nas preparações culinárias e bebidas para as crianças até três anos de idade, conforme orientações do FNDE.

Seção III

Da Aquisição de Alimentos

Art. 21 Da aplicação dos recursos no âmbito do PNAE:

I – no mínimo, 75% devem ser destinados à aquisição de alimentos in natura ou minimamente processados;

II – no máximo, 20% podem ser destinados à aquisição de alimentos processados e de ultraprocessados;

III – no máximo, 5% podem ser destinados à aquisição de ingredientes culinários processados.

Parágrafo único. Em caráter complementar, recomenda-se que seja de no mínimo 50 (cinquenta) o número de diferentes tipos de alimentos in natura ou minimamente processados adquiridos anualmente pelos municípios.

VII. estimular e auxiliar os serviços de alimentação da escola na divulgação de opções saudáveis e no desenvolvimento de estratégias que possibilitem essas escolhas;

VIII. divulgar a experiência da alimentação saudável para outras escolas, trocando informações e vivências;

IX. desenvolver um programa contínuo de promoção de hábitos alimentares saudáveis, considerando o monitoramento do estado nutricional das crianças, com ênfase no desenvolvimento de ações de prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e educação nutricional; e

X. incorporar o tema alimentação saudável no projeto político pedagógico da escola, repassando todas as áreas de estudo e propiciando experiências no cotidiano das atividades escolares.

(negrito nosso)

O regramento das cantinas escolares é apontado como uma necessidade para garantir os objetivos que justificam a existência do PNAE.⁸⁸⁶ Medidas normativas para regulação de “cantinas saudáveis” já foram tomadas por diversos Estados e municípios. Por exemplo, os estados de Santa Catarina, São Paulo, Paraná e os municípios de Florianópolis, Rio de Janeiro e Distrito Federal possuem normas mais restritivas das cantinas escolares, com a proibição de venda de refrigerantes, sucos artificiais, salgadinhos industrializados, salgados fritos, pirulitos, balas e gomas de mascar, em alguns caso como proposição de substituição por frutas, verduras e legumes, na forma, por exemplo de sanduíches naturais, salada de frutas e suco de frutas naturais.⁸⁸⁷

Apesar de tudo isso, o Brasil ainda não conta com legislação de abrangência federal para regular os alimentos vendidos e promovidos em cantinas escolares de escolas públicas e privadas. A ausência de tal legislação, faz com que em tese, escolas públicas atendidas pelo PNAE tenham o direito à alimentação mais protegido do que em escolas privadas, pela existência da Lei n. 11.947/2009. Tal discrepância de proteção aventa falarmos em um

⁸⁸⁶ FISCHER, Erika. **Alimentação escolar brasileira: percursos e desafios**. Relatório final. (online). p.65. Disponível em: < https://alimentacaosaudavel.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Relat%C3%B3rio-Alimenta%C3%A7%C3%A3o-escolar-brasileira_-_percursos-e-desafios_Erika-Fischer_rev09_mai_2018-4-1.pdf> . Acesso em 18 out. 2019.

⁸⁸⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Regulamentação da Comercialização de Alimentos em Escolas no Brasil: Experiências estaduais e municipais**. Brasília – DF, 2007. Disponível em: < http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/regula_comerc_alim_escolas_exper_estaduais_municipais.pdf>. Acesso em: 18 out. 2019.

desrespeito ao direito da criança à não discriminação. Na prática, crianças de escolas públicas possuem maior proteção que crianças de escolas privadas nesse tema.

O avanço de tal regulação enfrenta desafios de diversas ordens, sejam aqueles mesmos referentes à dicotomia entre autonomia e interferência do Estado, sejam resistências do setor econômico atingido, e também aceitação e apoio social à normas de restrição às atividades de cantineiros e/ou ambulantes.

11.3 Tributação de Bebidas Açucaradas

De igual maneira, comentar o tema de tributação de bebidas açucaradas no Brasil como medida de impacto no preço para desestímulo ao consumo é uma tarefa que caberia a uma tese exclusiva. Longe da intenção de esgotar o tema, queremos aqui apenas notar as disposições constitucionais que apontam para a possibilidade jurídica de tais medidas e uma visão geral sobre o tratamento do tema nacionalmente.

Não temos hoje, no Brasil, políticas públicas pensadas para reduzir o consumo de bebidas açucaradas por meio de tributação específica para esse fim. Pelo contrário, temos uma situação de concessão de subsídios de diversas ordens para produção desses produtos no país.⁸⁸⁸ Importante notar que a adoção de medidas de tributação para desestímulo ao consumo de produtos que apresentam externalidades negativas não é impossibilitada pela ordenação constitucional, simplesmente não ocorre por inércia de vontade política. Vejamos a redação do Artigo 153 sobre impostos a produtos industrializados:

Art. 153. Compete à União instituir impostos sobre:

IV - produtos industrializados;

§ 1º É facultado ao Poder Executivo, atendidas as condições e os limites estabelecidos em lei, alterar as alíquotas dos impostos enumerados nos incisos I, II, IV e V.

⁸⁸⁸ JOHNS, Paula; CRUZ, Joana Indjaian. **Subsídios fiscais para bebidas açucaradas e o direito à saúde.** Artigo. *Gazeta do Povo*. 15.08.2018. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/opinioao/artigos/subsidios-fiscais-para-bebidas-acucaradas-e-a-direito-a-saude-7bughz4z6b4mcqotutzksrjua/>>. Acesso em: 19 out. 2019.

§ 3º O imposto previsto no inciso IV:

I - será seletivo, em função da essencialidade do produto;

II - será não-cumulativo, compensando-se o que for devido em cada operação com o montante cobrado nas anteriores;

Por mandamento constitucional, os impostos sobre produtos industrializados (IPI) tem a característica da seletividade em razão da essencialidade do bem, isso o torna um tributo que é classicamente utilizado como mecanismo de indução ou desestímulo de comportamentos, ou seja, tem incontroversa finalidade extrafiscal. O princípio da seletividade infere que o IPI deve onerar menos os produtos essenciais, aqueles de primeira necessidade, e por outro lado, deve onerar mais os bens supérfluos ou não essenciais. Em outras palavras, quanto mais indispensável for o bem, menor deve ser sua tributação. É possível fazer uso desse princípio para impor maior ônus tributário sobre produtos cujo consumo deseja-se desestimular por apresentar externalidades danosas ou indesejáveis, como já ocorre, por exemplo, no caso dos cigarros.

A definição das alíquotas do IPI sobre os diversos produtos industrializados está disposta na tabela de incidência do IPI (TIPI), conforme Decreto n. 8.950 de 29 de dezembro de 2016.⁸⁸⁹ De acordo com a tabela, refrigerantes, em regra estão sujeitos à alíquota de IPI de 4%, entretanto, em alguns casos a alíquota é de 2% quando refrigerante contiver extratos de açaí ou guaraná, e 3% quando contiver suco de fruta em sua composição. Nesse sentido, a vantagem de majorar o IPI para desestimular o consumo de refrigerantes estaria na facilidade do aumento da alíquota poder ser realizado por meio de um Decreto presidencial. Entretanto, a desvantagem reside no fato de que sendo o IPI um imposto, não se poderia destinar a arrecadação especificamente para programas de saúde ou campanhas de prevenção da obesidade.⁸⁹⁰ Outra problemática seria o possível questionamento sobre a adequação ao princípio da seletividade em função da essencialidade (no caso, por exemplo, de tributação diferenciada em função da quantidade de açúcar na composição do refrigerante), uma vez que

⁸⁸⁹ BRASIL. **Decreto n. 8.950 de 29 de dezembro de 2016.** Aprova a Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados - TIPI. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8950.htm> . Acesso em: 19 out. 2019.

⁸⁹⁰ OLIVEIRA, Phelippe Toledo Pires de. **Soda tax: tributação com propósito de inibir o consumo de refrigerantes.** JOTA, Contraditório, [online], 21.05.2018. Disponível em: < <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/columnas/contraditorio/soda-tax-tributacao-com-proposito-de-inibir-o-consumo-de-refrigerantes-21052018>>. Acesso em: 19 out. 2019.

poder-se-ia argumentar que um refrigerante sem açúcar seria tão supérfluo quanto outro com adição de açúcar.⁸⁹¹

Outro princípio que se depreende da referida disposição constitucional é o da não-cumulatividade (Art. 153, § 3º, II da CF), ou seja, um mecanismo para desoneração da cadeia de consumo por meio da apropriação de créditos decorrentes da incidência tributária da operação anterior. O princípio da não cumulatividade tem o fim de assegurar que não se repasse imposto já incidente na cadeia produtiva aos próximos da cadeia. Importante notar que a cadeia do IPI encerra-se em estabelecimentos equiparados ao industrial, nesse sentido não incide IPI nas fases do varejo e consumidor final. Assim, faz-se necessário pensar no aumento do IPI já na fase final do processo de industrialização, de forma que possa ter algum impacto no preço final do produto no mercado consumidor.

Chamamos atenção ao fato de que o princípio da não-cumulatividade ganha contornos bastante particulares no processo produtivo de refrigerantes no Brasil, quando a extração do xarope e elaboração do concentrado para produção de refrigerante e demais bebidas açucaradas ocorre na Zona Franca de Manaus. Nessa localidade, as empresas estão isentas do recolhimento do IPI, entretanto, podem aproveitar os créditos respectivos, caso tivessem recolhido o imposto, para descontar do montante a ser pago nas fases seguintes de produção das bebidas.⁸⁹² Assim, “tal situação gera uma renúncia fiscal que, somada aos demais incentivos fiscais concedidos ao setor, é estimada em até R\$ 7 bilhões por ano”⁸⁹³.

Para exemplificar esse problema de forma concreta, até 2018 o IPI correspondente aos concentrados de refrigerantes possuía alíquota de 20% (note-se uma alíquota bastante gravosa comparada à dos refrigerantes na ordem de 4%). Os concentrados produzidos na Zona Franca de Manaus estão isentos de IPI, no entanto geravam direito ao crédito respectivo na ordem de 20% (ou seja, um crédito bastante substancial). Justamente aí residia a renúncia fiscal e

⁸⁹¹ Ibid.

⁸⁹² O direito ao creditamento de IPI de insumos da Zona Franca de Manaus foi objeto recente de discussão no STF, tendo a Suprema Corte decidido em favor da manutenção dos créditos de IPI de insumos dessa região (Recursos Extraordinários (RE 592891). Cf. NOTÍCIAS STF. **STF reconhece direito a creditamento de IPI de insumos da Zona Franca de Manaus**. 25 de abril de 2019 (online). Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=409481&caixaBusca=N>. Acesso em 21 de outubro de 2019.

⁸⁹³ JOHNS, Paula; CRUZ, Joana Indjaian. Subsídios fiscais para bebidas açucaradas e o direito à saúde. Artigo. **Gazeta do Povo**. 15.08.2018. Disponível em: < <https://www.gazetadopovo.com.br/opiniao/artigos/subsidios-fiscais-para-bebidas-acucaradas-e-a-direito-a-saude-7bughz4z6b4mcqotutzksrjua/>>. Acesso em 19 out. 2019.

subsídios a esse setor. Isso ocorreu até meados de 2018, quando, diante da crise com altos preços de combustíveis e greve nacional dos caminhoneiros, o então presidente Michel Temer expediu o Decreto 9.393 de 30 de maio de 2018,⁸⁹⁴ que reduziu o IPI incidente sobre concentrados de 20 para 4%. Na prática, a redução do imposto geraria aumento da arrecadação, justamente porque passaria a gerar crédito de menor montante. A resistência do setor às mudanças foi tamanha que, em 27 de setembro do mesmo ano, novo decreto foi publicado (Decreto N. 9.514),⁸⁹⁵ dessa vez, escalonando a redução do IPI para os concentrados (alíquota de 12% de 1º de janeiro de 2019 até 30 de junho de 2019, e alíquota de 8% de 1º de julho de 2019 até 31 de dezembro de 2019), de forma com que a redução do crédito fosse gradual e permitisse adaptação do setor produtivo. Em meados de 2019, novo decreto foi publicado (Decreto 9.897),⁸⁹⁶ agora aumentando a alíquota dos concentrados para 10% de 1º de outubro até 31 de dezembro de 2019.^{897,898} Tal imbróglio parece ainda distante de uma solução final, devido aos fortes interesses em jogo com os bilionários créditos gerados nessas operações.⁸⁹⁹ E por que tal tema é relevante para nossa discussão? Pois os subsídios dados à fabricação de refrigerantes no país não só geram gigantesca renúncia fiscal, como possibilitam que o mercado opere disponibilizando seus produtos à baixos preços à população, o que inevitavelmente estimula a demanda por refrigerantes.

Uma alternativa à referida possibilidade de tributação de bebidas açucaradas por meio do IPI, seria por meio de uma contribuição de intervenção sobre o domínio econômico (CIDE). Vejamos o Artigo 149 da CF:

⁸⁹⁴ BRASIL. **Decreto N. 9.349 de 30 de maio de 2018**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/decreto/D9394.htm>. Acesso em 21 out. 2019.

⁸⁹⁵ BRASIL. **Decreto N. 9.514 de 27 e setembro de 2018**. Disponível em:

<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2018/decreto-9514-27-setembro-2018-787206-publicacaooriginal-156506-pe.html>>. Acesso em 21 out. 2019.

⁸⁹⁶ BRASIL. **Decreto N. 9.897 de 1º de julho de 2019**. Disponível em:

<<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/decreto-9897-2019.htm>>. Acesso em 21 out. 2019.

⁸⁹⁷ PISCITELLI, Tathiane. O Brasil na contramão e os incentivos fiscais às bebidas açucaradas. **Valor**, 12.07.19. Disponível em: <<https://www.valor.com.br/legislacao/fio-da-meada/6340567/o-brasil-na-contramao-e-os-incentivos-fiscais-bebidas-acucaradas>>. Acesso em: 21 out. 2019.

⁸⁹⁸ EXAME. **Decreto da Zona Franca gera prejuízo de R\$500 mil por dia, diz indústria**. 2 de julho de 2019. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/economia/decreto-sobre-zona-franca-gera-prejuizo-de-r500-mil-por-dia-diz-industria/>>. Acesso em: 22 out. 2019.

⁸⁹⁹ Cf. O JOIO E O TRIGO. **O começo do fim da farra da indústria de refrigerantes. Ou não**. 4 de junho de 2018. [online]. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/ojoioeotrigo/2018/06/o-comeco-do-fim-da-farra-da-industria-de-refrigerantes-ou-nao/>>. Acesso em: 22 out. 2019.

Art. 149. Compete exclusivamente à União instituir contribuições sociais, de intervenção no domínio econômico e de interesse das categorias profissionais ou econômicas, como instrumento de sua atuação nas respectivas áreas, observado o disposto nos arts. 146, III, e 150, I e III, e sem prejuízo do previsto no art. 195, § 6º, relativamente às contribuições a que alude o dispositivo.

Tal artigo comunica-se diretamente com o já comentado Artigo 170 da CF, na medida que as contribuições de intervenção no domínio econômico (CIDE) tem como baliza os princípios da ordem econômica, em última instância, funcionam como mecanismo de alcance do bem-estar social.⁹⁰⁰ Nesse sentido, a competência tributária da União para instituição da CIDE pode estar atrelada à alocação de recursos para correção de falhas de mercado, de forma a cumprir os fundamentos da ordem econômica previstos no Art. 170 da CF.⁹⁰¹ Assim, as CIDEs são instrumentos de planejamento econômico para regular o funcionamento do mercado na hipótese de desequilíbrio,⁹⁰² viabilizando a mitigação das falhas de mercado.⁹⁰³

Há extensa discussão se a intervenção promovida pelas CIDEs deve se dar unicamente por indução positiva (incentivo à atividade econômica) ou se também pode ser utilizada como indução negativa (desestímulo), de forma a atuar como um tributo corretivo, cumprindo função de corrigir falhas de mercado.⁹⁰⁴ Parte da doutrina entende que as CIDEs podem funcionar como um mecanismo de intervenção negativa na economia, de forma a onerar, por exemplo, setores que causam prejuízos aos gastos públicos (tais quais despesas em saúde pública com tratamento às DCNTs relacionadas à má nutrição). Nesse sentido:

Optando o Estado por colocar em prática o seu planejamento econômico por métodos de indução, este poderá ser materializado por meio de instrumentos positivos, como a concessão de financiamentos ou a redução da carga de tributos em geral (e especialmente dos regulatórios), ou através de instrumentos negativos, como o

⁹⁰⁰ MARINHO, Rodrigo César de Oliveira. **Contribuição de intervenção sobre o domínio econômico: Análise dos critérios de constitucionalidade, regra matriz de incidência e princípios constitucionais que moldam a competência para sua instituição.** Dissertação (Mestrado em Direito), PUC/SP. São Paulo, 2009, p. 108.

⁹⁰¹ SILVEIRA, Paulo Antônio Caliendo Velloso. **Direito tributário e análise econômica do Direito: uma visão crítica.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, p.77.

⁹⁰² PACE, Ricardo. **Contribuições de intervenção no domínio econômico: direito, economia e política.** Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2011, p. 173.

⁹⁰³ PEREIRA, Orlando Petiz. **Importância da intervenção pública na economia de mercado.** Estudios Económicos de Desarrollo Internacional. AEEADE. Vol. 5-1 (2005), p. 122. Disponível em: < <http://www.usc.es/economet/journals/eedi/eedi515.pdf> >. Acesso em: 20 out. 2019.

⁹⁰⁴ SILVEIRA, Paulo Antônio Caliendo Velloso. op. cit, 2009.

aumento dos tributos em geral e, particularmente, por meio da instituição de contribuições de intervenção no domínio econômico.⁹⁰⁵

As contribuições de intervenção em domínio econômico permitem direcionar recursos para determinada área ou setor, ou seja, deve estar vinculada à promoção de determinadas finalidades.^{906,907,908} Nesse sentido, a utilização de uma CIDE para aumentar os preços dos refrigerantes e bebidas açucaradas de forma a desestimular seu consumo permitiria também uma arrecadação direcionada aos serviços públicos de saúde, por exemplo, corrigindo assim a externalidade negativa causada pelo consumo de tais produtos. Tal finalidade estaria em consonância não só com o princípio da ordem econômica de defesa do consumidor, como obedeceria o dever do Estado de garantir o direito à saúde à população, mediante políticas econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos, assim como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196 da CF).

⁹⁰⁵ BELLAN, Daniel Vitor. Contribuições de intervenção no domínio econômico. Revista dialética de direito tributário. São Paulo, n. 78, p. 15-34, mar. 2002. apud ANDREOTTI, Paulo Antonio Brizzi; VITA, Jonathan Barros. **CIDE combustível: reflexes após a ADI 2925/DF**. Disponível em: < <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=a16f3a5bda35f1de>>. Acesso em: 20 out. 2019.

⁹⁰⁶ Assim o é, por exemplo, com a CIDE combustível cujo principal objetivo é reduzir as externalidades produzidas pelo setor Petrolífero, assegurando recursos para o Estado concretizar função constitucional de subsidiar os preços dos combustíveis, manter a infraestrutura de transportes e principalmente, defender o meio ambiente. ANDREOTTI, Paulo Antonio Brizzi; VITA, Jonathan Barros. **CIDE combustível: reflexes após a ADI 2925/DF**. Disponível em: < <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=a16f3a5bda35f1de>>. Acesso em: 20 out. 2019.

⁹⁰⁷ ÁVILA, Humberto. **Sistema Constitucional Tributário**. 3a Ed. Saraiva, São Paulo, 2008, p.270.

⁹⁰⁸ MARINHO, Rodrigo César de Oliveira. **Contribuição de intervenção sobre o domínio econômico: Análise dos critérios de constitucionalidade, regra matriz de incidência e princípios constitucionais que moldam a competência para sua instituição**. 2009, 449 f., Dissertação (Mestrado em Direito), PUC/SP. São Paulo, 2009, p. 425-426.

“38. A contribuição interventiva é um instrumento de tributação à disposição do Estado para promover a intervenção por indução no domínio econômico. A indução pretendida pelas contribuições interventivas ocorrerá de duas formas: (i) por meio de norma que objective o desestímulo de determinada conduta; ou (ii) por meio de norma que tenha o objetivo de buscar recursos, sem, contudo, onerar excessivamente o contribuinte, para custear as políticas intervencionistas em prol desses mesmo contribuintes;

39. A contribuição interventiva que objective o desestímulo de uma determinada conduta praticada pelos agentes das relações econômicas é o próprio instrument promotor da intervenção. Enquanto instrument desestimulador de condutas (e.g., desestimular importação de produtos estrangeiros para equalizar o mercado nacional e garantir a sobrevivência da indústria nacional), a contribuição intervencionista tem como objetivo imediato o desestímulo de determinadas condutas, e como objetivo mediato, a arrecadação de tributos.(...)”.

A tributação de refrigerantes e outras bebidas açucaradas foi expressamente recomendada pelo Conselho Nacional de Saúde em junho de 2017:⁹⁰⁹

Ao Ministério da Fazenda

1. Que acolha as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e aumente a tributação dos refrigerantes e outras bebidas açucaradas em, no mínimo, 20% por meio de tributos específicos com o objetivo de reduzir seu consumo e prevenir doenças;
2. Que utilize os recursos obtidos com o aumento de impostos para financiar políticas de enfrentamento à obesidade infantil.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de junho de 2017.

Nesse sentido, a tributação por meio de uma CIDE permitiria arrecadar recursos para financiar políticas de saúde e de enfrentamento à obesidade infantil.

Tais possibilidades de tributação de bebidas açucaradas aqui comentadas devem ser aprofundadas em estudo específico, porém, indicamos aqui alguns caminhos possíveis a partir de um olhar sobre a Constituição Federal nacional.

11.4 Rotulagem Nutricional Frontal de Alimentos

A base constitucional para regulação das informações nos rótulos dos alimentos encontra-se principalmente no dever do Estado de defesa do consumidor (Art. 5, XXXII e Art. 170, V da CF). Conforme já se comentou anteriormente, o Código de Defesa do Consumidor sedimenta o direito à informação como direito básico do consumidor, sendo dever do Estado dirimir a assimetria de informação entre consumidor e fornecedor. A ação regulatória estatal deve, portanto, ter em vista mitigar a vulnerabilidade informacional do consumidor, intrínseca às relações de consumo, de forma a possibilitar a concreta liberdade de escolha e a proteção à vida, saúde e segurança do consumidor contra riscos de consumo.

⁹⁰⁹ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação n. 21 de 9 de junho de 2017**. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco021.pdf>>. Acesso em: 22 de outubro de 2019.

Em apertada síntese, destacamos alguns dos principais dispositivos da legislação consumerista⁹¹⁰ que servem de base para implicar ao Estado o dever de regular as informações a serem providas pelos fornecedores no rótulo dos alimentos:

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

I - a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;

II - a educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, asseguradas a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações;

III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

IV - a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços;

Art. 8º Os produtos e serviços colocados no mercado de consumo não acarretarão riscos à saúde ou segurança dos consumidores, exceto os considerados normais e previsíveis em decorrência de sua natureza e fruição, obrigando-se os fornecedores, em qualquer hipótese, a dar as informações necessárias e adequadas a seu respeito.

§ 1º Em se tratando de produto industrial, ao fabricante cabe prestar as informações a que se refere este artigo, através de impressos apropriados que devam acompanhar o produto.

Art. 9º O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Art. 31. A oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa sobre suas características, qualidades, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores.

Parágrafo único. As informações de que trata este artigo, nos produtos refrigerados oferecidos ao consumidor, serão gravadas de forma indelével.

Nessa esteira, notamos que a informação acerca dos riscos do consumo excessivo de uma substância ou a exigência de que se mencione no rótulo a presença de excesso de nutrientes críticos para saúde, proporciona uma maneira bastante branda de lidar com o risco,

⁹¹⁰ BRASIL. Código de Defesa do Consumidor. Lei N. 8.078 de 11 de setembro de 1990.

respeitando-se sobremaneira o direito à livre-iniciativa de forma a compatibilizá-lo com os direitos dos consumidores.⁹¹¹

A legislação consumerista cominada com a legislação sanitária estabelecem os dados objetivos que devem ser fornecidos ao consumidor, tais quais, especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, bem como informação sobre os riscos que apresentem (conforme art. 6, III, CDC). Outra questão importante diz respeito à relevância do que deve ser informado e como tais informações são prestadas de forma a serem percebidas pelo interlocutor de forma clara, acessível e de fácil entendimento, e oportunamente, principalmente quando se tem em vista a efetividade da comunicação dos riscos.

Nesse sentido, o estabelecimento de normas sanitárias de regulação das informações obrigatórias nos rótulos dos alimentos passa a ser tarefa precípua do Estado, de forma a garantir o direito básico à informação do consumidor.⁹¹² Tal competência regulatória pode ser exercida pelo Legislativo Federal, ou pelo Poder Executivo. Nesse sentido, a Administração, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), cumpre função de especial importância no tocante à regulação da informação na rotulagem dos alimentos:

Lei N. 9.782, de 26 de janeiro de 1999

Art. 2º Compete à União no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:

III - normatizar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde;

VII - atuar em circunstâncias especiais de risco à saúde; e

Art. 7º Compete à Agência proceder à implementação e à execução do disposto nos incisos II a VII do art. 2º desta Lei, devendo:

III - estabelecer normas, propor, acompanhar e executar as políticas, as diretrizes e as ações de vigilância sanitária;

⁹¹¹ MORGADO, Cíntia. **O direito administrativo do risco: a nova intervenção estatal sob o enfoque da segurança alimentar**. 1. Ed., Gramma, Rio de Janeiro, 2016, p.166.

⁹¹² O Decreto-Lei n. 986/1969 que institui normas básicas de alimentos no Brasil traz as primeiras referências de “rótulo” e “embalagem” de alimentos:

Art 1º A defesa e a proteção da saúde individual ou coletiva, no tocante a alimentos, desde a sua obtenção até o seu consumo, serão reguladas em todo território nacional, pelas disposições dêste Decreto-lei.

Art 2º Para os efeitos dêste Decreto-lei considera-se:

XII - Rótulo: qualquer identificação impressa ou litografada, bem como os dizeres pintados ou gravados a fogo, por pressão ou decalcação aplicados sôbre o recipiente, vasilhame envoltório, cartucho ou qualquer outro tipo de embalagem do alimento ou sôbre o que acompanha o continente;

XIII - Embalagem: qualquer forma pela qual o alimento tenha sido acondicionado, guardado, empacotado ou envasado;

IV - estabelecer normas e padrões sobre limites de contaminantes, resíduos tóxicos, desinfetantes, metais pesados e outros que envolvam risco à saúde;

Art. 8º Incumbe à Agência, respeitada a legislação em vigor, regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública.

§ 1º Consideram-se bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária pela Agência:

II - alimentos, inclusive bebidas, águas envasadas, seus insumos, suas embalagens, aditivos alimentares, limites de contaminantes orgânicos, resíduos de agrotóxicos e de medicamentos veterinários;

A Anvisa, tem portanto, competência reconhecida para regulamentação da rotulagem de alimentos no Brasil, dividindo tal competência com outros órgãos para matéria específica.⁹¹³

São diversas as disposições normativas da Anvisa⁹¹⁴ acerca da rotulagem de alimentos. Inicialmente, as primeiras medidas regulatórias normativas sobre informações nutricionais nos

⁹¹³ Tais quais Inmetro (para regulamentação do conteúdo líquido dos alimentos), Ministério da Justiça (para declaração do símbolo de transgênico) e do MAPA para requisitos de rotulagem de produtos de origem animal e bebidas. Cf. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência-Geral de Alimentos. **Relatório de Análise de Impacto Regulatório sobre Rotulagem Nutricional**. Brasília, setembro, 2019, p.52.

⁹¹⁴ - *Alimentos que contenham corante amarelo tartrazina (ins 102)*

RDC nº 340, de 13 de dezembro de 2002: As empresas fabricantes de alimentos que contenham na sua composição o corante tartrazina (INS 102) devem obrigatoriamente declarar na rotulagem, na lista de ingredientes, o nome do corante tartrazina por extenso.

- *Informação Nutricional Complementar*

RDC nº 54, de 12 de novembro de 2012: Dispõe sobre o Regulamento Técnico sobre Informação Nutricional Complementar.

RDC nº 3, de 4 de fevereiro de 2013: Dispõe sobre modificações na composição de alimentos padronizados para uso de Informação Nutricional Complementar.

- *Rotulagem geral de alimentos embalados*

RDC nº 26 de 02 de julho de 2015: Requisitos para rotulagem obrigatória dos principais alimentos que causam alergias alimentares.

Lei nº 10.674, de 16 de maio de 2003: Obriga que os produtos alimentícios comercializados informem sobre a presença de glúten, como medida preventiva e de controle da doença celíaca.

RDC nº 259, de 20 de setembro de 2002: Aprova o Regulamento Técnico sobre Rotulagem de Alimentos Embalados

RDC nº 123, de 13 de maio de 2004: Altera o subitem 3.3. do Anexo da RDC nº 259, de 20 de setembro de 2002.

- *Rotulagem nutricional obrigatória de alimentos e bebidas embalados*

RDC nº 360, de 23 de dezembro de 2003: Aprova Regulamento Técnico sobre Rotulagem Nutricional de Alimentos Embalados, tornando obrigatória a rotulagem nutricional.

RDC nº 359, de 23 de dezembro de 2003: Tabela de Valores de Referência para Porções de Alimentos e Bebidas Embalados para Fins de Rotulagem Nutricional.

RDC nº 163, de 17 de agosto de 2006: Complementa as resoluções RDC nº 360, de 23 de dezembro de 2003 e RDC nº 359, de 23 de dezembro de 2003.

RDC nº 31, de 5 de junho de 2012: Rotulagem Nutricional de Bebidas Não Alcoólicas Comercializadas em Embalagens Retornáveis.

- *Rotulagem de água mineral natural*

Portaria nº 470, de 24 de novembro de 1999: Define que o rótulo a ser utilizado no envasamento de água mineral e potável de mesa deverá ser aprovado pelo Departamento Nacional de Produção Mineral - DNPM, a

alimentos eram endereçadas a mitigar mensagens enganosas, especialmente alegações de propriedades nutricionais específicas.⁹¹⁵ Em consequente, com a evolução da evidência científica acerca do impacto do consumo de certos nutrientes na saúde humana, mudanças epidemiológicas e nos padrões alimentares populacionais, a rotulagem nutricional obrigatória passa a ser reconhecida como instrumento de transmissão de informações para prevenção de DCNTs relacionadas aos hábitos alimentares, ensejando um aprimoramento regulatório.⁹¹⁶ No Brasil, a rotulagem nutricional obrigatória só foi amplamente implementada em 2006, sendo ainda posteriormente complementada por normas de harmonização com resoluções complementares do Mercosul.⁹¹⁷

requerimento do interessado, após a publicação, no Diário Oficial da União, da respectiva portaria de concessão de lavra.

- *Rotulagem de alimentos contendo organismo geneticamente modificado (transgênicos)*

Decreto nº 4680, de 24 de abril de 2003: Regulamenta o direito à informação, assegurado pela Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, quanto aos alimentos e ingredientes alimentares destinados ao consumo humano ou animal que contenham ou sejam produzidos a partir de organismos geneticamente modificados, sem prejuízo do cumprimento das demais normas aplicáveis.

Portaria nº 2658, de 22 de dezembro de 2003: Regulamento para o emprego do símbolo transgênico.

Instrução Normativa nº 1, de 01 de abril de 2004: Regulamento Técnico sobre Rotulagem de Alimentos e Ingredientes Alimentares que contenham ou sejam produzidos a partir de Organismos Geneticamente Modificados.

- *Rotulagem de carnes de aves e seus miúdos crus, resfriados ou congelados*

RDC nº 13, de 2 de janeiro de 2001: Aprova o Regulamento Técnico para Instruções de Uso, Preparo e Conservação na Rotulagem de Carne de Aves e Seus Miúdos Crus, Resfriados ou Congelados. (Prorrogada pela RDC nº 39/2002)

- *Rotulagem de ovos*

RDC nº 35, de 17 de junho de 2009: Dispõe sobre a obrigatoriedade de instruções de conservação e consumo na rotulagem de ovos e dá outras providências.

⁹¹⁵ Tais quais:

- ALIMENTARIUS COMMISSION. **Guidelines on Nutrition Labelling**. CAC/GL 2-1985;

- CODEX ALIMENTARIUS COMMISSION. **Guidelines for the use of nutrition and health claims**. CAC/GL 23-1997.

- MERCOSUL. **Resolução GMC nº 18, de 3 de agosto de 1994** - Rotulagem Nutricional de Alimentos Embalados.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SVS/MS nº 41, de 14 de janeiro de 1998**. Aprova o regulamento técnico para rotulagem nutricional de alimentos embalados. Diário Oficial da União, de 21 de janeiro de 1998.

⁹¹⁶ “Nessa segunda fase regulatória, as informações nutricionais passaram a ser exigidas de forma compulsória nos rótulos da maioria dos alimentos embalados, e a lista de substâncias declaradas foi expandida para incluir outros nutrientes cujo consumo excessivo contribui para o desenvolvimento de excesso de peso e DCNT. No cenário internacional, essa mudança esteve amparada nas revisões científicas e nas recomendações alimentares elaboradas pela OMS. Em 2003, o Relatório sobre Alimentação, Nutrição e Prevenção de Doenças Crônicas revisou as evidências da relação entre os padrões alimentares e o risco de DCNT e concluiu que o consumo excessivo de certos nutrientes, como açúcares livres, gorduras saturadas, gorduras trans e sódio, estava na gênese de diversas destas enfermidades.” ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência-Geral de Alimentos. **Relatório de Análise de Impacto Regulatório sobre Rotulagem Nutricional**. Brasília. Setembro 2019, p.21.

⁹¹⁷ ANVISA. op. cit., 2019, p.25-26.

Chegamos então a um terceiro momento regulatório, com enfoque no estabelecimento de modelos de rotulagem nutricional frontal, em complemento à tabela nutricional, visando comunicar aos consumidores de forma direta e compreensível sobre a presença de nutrientes críticos em excesso (como açúcar, sódio, gordura), utilizando inclusive símbolos no painel frontal dos rótulos dos produtos alimentícios.⁹¹⁸ Tal tendência apoia-se nas crescentes evidências sobre as dificuldades de compreensão dos consumidores sobre o conteúdo dos alimentos, e também apoia-se no reconhecimento da alimentação inadequada como principal fator de risco modificável na epidemia de obesidade e DCNTs relacionadas, assim como, no aumento das recomendações por políticas que alertem a população sobre a saudabilidade dos produtos alimentícios de forma que possibilitem a realização de escolhas informadas.^{919,920,921,922}

Nesse sentido salientamos o acordo realizado pelos Ministros da Saúde do Mercosul em 2018 sobre os princípios para regulação da rotulagem frontal de alimentos com conteúdo excessivo de gorduras, sódio e açúcar:⁹²³

**MERCOSUL/RMS/P. ACORDO N° 03/18
PRINCÍPIOS NO MERCOSUL PARA A ROTULAGEM FRONTAL DE
ALIMENTOS COM CONTEÚDO EXCESSIVO DE GORDURAS, SÓDIO E
AÇÚCARES**

OS MINISTROS DA SAÚDE ACORDAM:

Art.1º - Melhorar a informação nutricional dos alimentos embalados mediante a implementação de uma rotulagem nutricional frontal no âmbito das políticas de saúde pública dos Estados Partes que contemple os seguintes princípios:

a) Focado em comunicar as quantidades excessiva dos nutrientes críticos (açúcares, sódio, gorduras totais, gorduras trans e gorduras saturadas) contidos nos alimentos que se associam a maior risco de enfermidades não transmissíveis;

⁹¹⁸ Atualmente, mais de 40 países já possuem algum modelo de rotulagem frontal. Cf. ANVISA. op. cit, 2019, p.25-26.

⁹¹⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation plan: executive summary** (WHO/NMH/PND/ECHO/17.1). Geneva: World Health Organization; 2017.

⁹²⁰ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes**: 53 Conselho Director. 66a Sessão do Comitê Regional da OMS, 3 out. 2014. Washington, D.C., USA: OPAS/OMS, 2014.

⁹²¹ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Modelo de Perfil Nutricional da Organização Pan-Americana da Saúde**. Washington, DC: OPAS, 2016.

⁹²² MERCOSUL. **Recomendação de Políticas e Medidas Regulatórias para a Prevenção e Controle da Obesidade**. MERCOSUL/RMS/ACORDO n° 03/15. 2015.

⁹²³ MERCOSUL. **Princípios no Mercosul para a Rotulagem Frontal de Alimentos com Conteúdo Excessivo de Gorduras, Sódio e Açúcares**. MERCOSUL/RMS/ACORDO n° 03/18. 2018.

- b) Inclua informação que permita aos consumidores a fácil e rápida compreensão a respeito do conteúdo excessivo de nutrientes críticos, facilitando a tomada de decisões informadas;
- c) Determine os limites de excessos de nutrientes críticos com base nas recomendações da OPAS/OMS;
- d) Informe apenas a presença excessiva dos nutrientes críticos;
- e) Permita os consumidores comparar os alimentos da mesma categoria e de categorias diferentes;
- f) Seja localizado na face principal da embalagem, facilmente visível e que atire rapidamente a atenção do consumidor;
- g) Não dê lugar à percepção equivocada por parte do consumidor de que um alimento com quantidades excessivas de algum nutriente crítico seja saudável;
- h) Esteja baseado em evidências científicas que tenham demonstrado sua efetividade;
- i) Seja de aplicação obrigatória.

É nesse momento regulatório que nos encontramos hoje no Brasil, com um amplo debate em torno dos modelos de rotulagem frontal nutricional (design), perfil de nutrientes que determinará quais alimentos deverão levar os rótulos frontais, e todos os detalhes regulatórios como prazos de implementação, categorias de alimentos cobertas, etc.

A Anvisa deu início ao processo de aprimoramento da legislação de rotulagem nutricional em 2014 quando instituiu um Grupo de Trabalho sobre Rotulagem Nutricional por meio da Portaria n. 949/2014, com o objetivo de auxiliar na identificação dos problemas na transmissão de informações nutricionais, contando com representação de diversos setores da sociedade. Desde então, produziu-se o Relatório do GT sobre Rotulagem Nutricional; publicou-se a Chamada CNPq/Anvisa n.17/2017 para subsidiar linha de pesquisa sobre rotulagem nutricional frontal; realizou-se um Painel Técnico sobre Rotulagem Nutricional Frontal, aberto à sociedade, até que o tema foi incluído na lista de ações prioritárias da Agenda Regulatória 2017/2020, sendo o segundo tema com maior número de contribuições nas etapas de participação social para construção da agenda regulatória. A proposta de início da iniciativa regulatória sobre rotulagem nutricional foi deliberada pela diretoria colegiada da Anvisa no fim de 2017. Em 2018 a Anvisa apresentou o Relatório Preliminar de Análise de Impacto Regulatório sobre Rotulagem Nutricional, seguida por um período de Tomada Pública de Subsídio, tendo em vista abrir ao público uma consulta para coleta de contribuições ao relatório (TPS n. 1 de 2018). Publicou-se, então, o relatório consolidando as conclusões extraídas das mais de 33.500 contribuições ocorridas na TPS, seguidas de reuniões de diálogos

setoriais,⁹²⁴ culminando na apresentação das propostas normativas e abertura de Consulta Pública de 23 de setembro a 7 de novembro de 2019.

Evidentemente tal processo travou uma dura batalha de posicionamentos entre representantes das indústrias alimentícias e representantes de órgãos de saúde pública, academia e sociedade civil. De um lado, o setor produtivo propõe abordagens de rotulagem nutricional frontal que tenham um forte aspecto de promoção de seus produtos, ao invés de trazer alertas claros sobre a presença de altas quantidades de açúcar, gordura e sódio nos produtos. Para isso, defendem o modelo de rotulagem nutricional frontal de semáforo nutricional, que informa por meio das cores vermelha, amarela e verde, o que seria “alto, médio e baixo” relativo a quantidades absolutas e em %VD de calorias, açúcares, gorduras saturadas e sódio. Defendem também parâmetros bastante brandos para definição dos limites no modelo de perfil nutricional para classificação de nutrientes.⁹²⁵ Outra deficiência do modelo defendido pela indústria é que o mesmo traz um excesso de informação, que acaba por desinformar, conforme, demonstram diversos estudos sobre efetividade dos diferentes modelos.⁹²⁶ O uso da cor verde para indicar baixo teor de algum nutriente crítico acaba cumprindo papel de estimular o consumo do produto, tal informação pode levar o consumidor ao erro, seja pela definição de parâmetros não respaldados nas recomendações de saúde, seja por oferecer informações dúbias ao consumidor quando cores verdes, amarelas e vermelhas

⁹²⁴ “Essas etapas de participação social envolveram representantes de diversos setores da sociedade afetados pelo tema, como: ABBA, ABEMEL, ABESO, ABIA, ABIAD, ABIAM, ABICAB, ABIFRA, ABIMAPI, ABIOVE, ABIQ, ABIR, ABITRIGO, ABLV, ABPA, ABRABE, ABRASCO, ACT Promoção da Saúde, AFEBRAS, ASTN, CFN, CNI, FIAN, Fiocruz, FUNED, GS1 Brasil, G100, IAL, IBRAC, IBFAN, IDEC, MAPA, ME, MEC, MJ, MPCON, MRE, MS, NUPENS/USP, NUPPRE/UFSC, OPAS, Põe no Rótulo, SBP, SIAEG, SIAJF, SINDICERV, SINDUSFARMA, UFMG, UnB, UNICA, UNICEF, UNIFESP, USCS, e Viva Lácteos.” ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência-Geral de Alimentos. **Relatório de Análise de Impacto Regulatório sobre Rotulagem Nutricional**. Brasília, setembro, 2019, p.34.

⁹²⁵ “Para avaliar o impacto dos modelos de perfil nutricional, a Anvisa contou com o auxílio do NUPENS/USP e IDEC e da ABIA e CNI, que conduziram estudos para classificar diversos produtos disponíveis no mercado, cujos resultados foram detalhados no Relatório Preliminar de AIR sobre Rotulagem Nutricional (...). destaca-se a grande diferença nas classificações resultantes do modelo proposto pelo setor produtivo, no qual uma parcela pequena dos produtos do mercado seria considerada alta em, pelo menos, um dos nutrientes avaliados. Dessa maneira, a adoção de tal modelo comprometeria a efetividade da proposta de rotulagem nutricional frontal, contrariando o conhecimento técnico-científico disponível. Isso ocorre, em parte, pelo uso da porção como uma das bases desse modelo, pois há limitações significativas nas porções definidas na legislação”. ANVISA op. cit., 2019, p.97. “O modelo proposto pelo setor produtivo, por sua vez, destoa das demais alternativas por classificar poucos alimentos como alto teor nos três nutrientes em questão. Se esse perfil fosse adotado sem nenhuma exceção, 65% dos produtos não seriam classificados como o alto conteúdo em nenhum nutriente.” ANVISA. Op. cit. 2019, p.99.

Ver também: BRASIL. ANVISA. Gerência-Geral de Alimentos. **Relatório Preliminar de Análise de Impacto Regulatório sobre Rotulagem Nutricional**. Maio de 2018. Documento SEI nº 0215174.

⁹²⁶ Vide Ponto 6.3 da presente tese

são dispostas concomitantemente, não indicando claramente os riscos do consumo do alimento.

De outro lado, sociedade civil e academia, representadas pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e Universidade Federal do Paraná (UFPR) levaram a proposta de adoção de modelo de rotulagem nutricional frontal de triângulos de cor preta em fundo branco, para informar o alto teor de açúcares, gorduras totais, gorduras saturadas e sódio, e a presença de gorduras trans e edulcorantes, defendendo também a adoção de modelo de perfil nutricional para classificação dos teores de nutrientes que utiliza os critérios adotados pela OPAS/OMS.⁹²⁷ O desenho gráfico da rotulagem frontal proposto por esse grupo inspira-se no modelo utilizado no Chile, que apoia-se em evidências científicas sobre efetividade na mudança de hábito e entendimento da população após a implementação,⁹²⁸ isso porque a mensagem é complementada por um símbolo de advertência, que auxiliam de forma mais eficiente os consumidores a identificarem produtos com alto conteúdo de nutrientes críticos.⁹²⁹ Tal proposta fora testada com consumidores brasileiros, havendo evidências de suas vantagens em comparação com outros modelos.⁹³⁰ Outros aspectos para proteção quanto à enganosidade foram consolidados na proposta do Idec/UFPR de “restrição do uso de alegações nutricionais ou de qualquer outra comunicação mercadológica que remeta a atributos saudáveis do alimento ou seja direcionada ao público infantil para os alimentos com rotulagem nutricional frontal”.⁹³¹

Por sua vez, a Anvisa apresentou proposta regulatória diferente dos modelos defendidos por esses setores, numa aparente tentativa de compatibilização de posicionamentos. Quanto ao design do modelo de rotulagem frontal, a Agência propôs um

⁹²⁷ Ver detalhes sobre o modelo de perfil de nutrientes da OPAS/OMS no Ponto 3.5 da presente tese. Conforme Relatório de AIR da Anvisa, o modelo da OPAS foi aquele que classificou o maior número de produtos como alto teor em açúcares adicionados, gorduras saturadas e sódio. Ver Tabela 7 do Relatório de AIR da Anvisa. ANVISA. op. cit. 2019, p.99.

⁹²⁸ CORREA, T.; FIERRO, C.; REYES, M. et al. Responses to Chilean law of food labeling and advertising: exploring knowledge, perceptions and behaviors of mother of young children. **International Journal of Behavioral and Physical Activity**, v. 16, 21, 2019.

⁹²⁹ ARRÚA, A.; MACHÍN, L.; CURUTCHET, M.R.; et al. Warnings as a directive front-of-pack nutrition labelling scheme: comparison with the Guideline Daily Amount and traffic-light systems. **Public Health Nutrition**, v. 20, n. 13, p. 2308-17, 2017.

⁹³⁰ KHANDPUR, N. et al. Are front-of-package warning labels more effective at communicating nutrition information than traffic-light labels? A randomized controlled experiment in a Brazilian sample. **Nutrients**, v. 10, n. 6, p. 688, 2018.

⁹³¹ ANVISA. op. cit. 2019, p. 51.

símbolo de lupa (inspirado em modelo analisado no processo regulatório do Canadá). No Relatório de AIR sobre Rotulagem Nutricional, justifica-se a escolha afirmando-se que a lupa seria um elemento gráfico que transmite a ideia de ampliar uma informação, de facilitar sua visualização, e coerente com o objetivo regulatório de facilitar a compreensão da rotulagem nutricional pelos consumidores brasileiros. De acordo com a agência, tal modelo teria “menor potencial de gerar sensação de medo em relação aos modelos com símbolos de alerta ou advertência”, e por isso, seria “mais proporcional na transmissão das informações, uma vez que os riscos dos nutrientes declarados no desenvolvimento do excesso de peso e das DCNT ocorrem num contexto crônico e que tais doenças são influenciadas por vários outros fatores de risco além da alimentação”.⁹³² O modelo apresentado pela Anvisa sofreu críticas por não estar embasado em estudos que comprovem a superioridade em relação ao modelo de advertência.⁹³³ O “argumento do medo” tem sido o mais forte aliado da indústria alimentícia,⁹³⁴ entretanto falta embasamento científico para comprovar tais ilações. Quanto ao modelo de perfil de nutrientes, a Anvisa apresentou uma proposta intermediária entre as classificações da OPAS e do setor produtivo⁹³⁵, que se aplicado no caso concreto, classificaria um número intermediário de alimentos com alto teor nos três nutrientes em questão.⁹³⁶

⁹³² ANVISA. Op. Cit. 2019, p. 110-111.

⁹³³ RBA. Idec critica propostas da Anvisa e propõe melhorias na rotulagem nutricional. 6 outubro 2019. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2019/10/idec-critica-propostas-da-anvisa-e-propoe-melhorias-na-rotulagem-nutricional/>. Acesso em 26 de outubro de 2019.

⁹³⁴ “Mais uma vez, a Anvisa se alinha a um discurso repetido da indústria de comida-porcaria, que alega que advertências no rótulo criariam pavor entre as pessoas e acabariam por desinformá-las. Esse elemento apareceu nos estudos conduzidos pelas empresas em grupos focais, que são grupos da sociedade previamente selecionados de acordo com determinadas características para a condução de uma pesquisa qualitativa.(...) A indústria não divulgou as transcrições das conversas mantidas nesses grupos focais, que permitiriam entender como a pergunta foi feita e como o elemento “medo” apareceu. A Anvisa segue, por ora, a mesma prática.” O JOIO E O TRIGO. ‘Medo’ faz Anvisa rejeitar alertas nos rótulos de comida-porcaria. Outras Palavras [online]. 3 de outubro de 2019. Disponível em: < <https://outraspalavras.net/ojoioeotriego/2019/10/medo-faz-anvisa-rejeitar-alertas-nos-rotulos-de-comida-porcaria/>>. Acesso em: 26 de outubro de 2019.




⁹³⁵ “Para classificação dos alimentos como alto conteúdo nos nutrientes selecionados, foi aplicada uma porcentagem dos respectivos VDR. No caso das gorduras saturadas e do sódio, foram utilizados os VDR de 20 gramas e de 2.000 miligramas, respectivamente, de acordo com as diretrizes do Codex Alimentarius I. Já para os açúcares adicionados, foi aplicada a quantidade de 50 gramas, que havia sido proposta como VDR, com base nas recomendações da OMS e de outras autoridades internacionais, considerando uma ingestão energética de 2.000 kcal. Considerando que as porcentagens do VDR estabelecidas pelo *Codex Alimentarius* para classificar os alimentos como alto teor em macronutrientes e micronutrientes são distintas e que nutrientes destas duas categorias fariam parte da rotulagem nutricional frontal, cada proposta elaborada usou um conjunto diferente de porcentagens. Assim, para os alimentos sólidos, foram usados os valores de 30% e 20% do VDR, enquanto, para os alimentos líquidos, 15% e 10% do VDR”. ANVISA. Op. Cit. 2019, p. 96.

⁹³⁶ Ver Tabela 7 do Relatório de AIR da Anvisa. ANVISA. Op. Cit. 2019, p.99.

Feito esse breve resumo, e considerando que até a data de fechamento do presente trabalho⁹³⁷ não tivemos resultado final e deliberação pela Anvisa, reiteramos que o Brasil ainda tarda a adotar providências normativas para regulação do tema e proteção ao consumidor, no nível informacional, sobre os riscos do consumo de produtos alimentícios com alto conteúdo de nutrientes críticos.

⁹³⁷ 20 de dezembro de 2019.

Quadro 6: Propostas de Rotulagem Nutricional Frontal apresentadas por diversos setores na consulta pública sobre norma de rotulagem nutricional no Brasil.

<p>Proposta do Setor Produtivo (Rede Rotulagem)⁹³⁸</p>	<p>Por porção de 25g (1 1/2 xícara):</p>  <p>% valores diários de referência com base em um dieta de 2000 kcal.</p>
<p>Proposta da sociedade civil/academia (Idec/UFPR)^{939,940}</p>	
<p>Proposta apresentada pela Anvisa (CP 707 e 708/2019)⁹⁴¹</p>	

⁹³⁸ Imagem extraída de: < <http://rederotulagem.com.br/> >. Acesso em: 10 set. 2019. Integram a Rede Rotulagem: ABIA; ABIR; ABIAD; ABIAM; ABICAB; ABIMAPI; ABIOVE; ABIQ; ABITRIGO; ABPA; ABRAS; ABRE; SIAEG; SINDICARNES SP; SINDILEITE; Viva Lácteos; UNICA; CNI; Firjan.

⁹³⁹ Imagem extraída de: < <https://idec.org.br/embalagem-ideal> >. Acesso em: 10 set. 2019.

⁹⁴⁰ Modelo defendido pela Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável composta por mais de 50 organizações e redes da sociedade civil. Apoiam esse modelo: ABPASS (Associação Brasileira para a Promoção da Alimentação Saudável e Sustentável); Abrale (Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia); Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva); ABTms (Associação Brasileira de Telemedicina e Telessaúde); ACT Promoção da Saúde; ADJ (Associação de Diabetes Juvenil); ANDI – Comunicação e Direitos; Asbran (Associação Brasileira de Nutricionistas); Cepagro (Centro de Estudos e Promoção da Agricultura de Grupo); CFN (Conselho Federal de Nutricionistas); Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia); Fundação do Câncer; GEPASE (Grupo de Ensino, Extensão e Pesquisa em Alimentação e Saúde do Escolar da UFF); Ibfan Brasil (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar); Instituto Desiderata; Laboratório de Dietética Experimental da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo); Laboratório de Epidemiologia Nutricional da UNIFESP; MSP (Movimento pela Saúde dos Povos); Núcleo Interdisciplinar de Prevenção de Doenças Crônicas na Infância da Pró-Reitoria de Extensão da UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul); NUPPRE (Núcleo de Pesquisa de Nutrição em Produção de Refeições da Universidade Federal de Santa Catarina); Observatório Brasileiro de Hábitos Alimentares da Fiocruz; OPSAN (Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília); Rebrinc (Rede Brasileira Infância e Consumo); SBDI (Sociedade Brasileira de Design da Informação); SBH (Sociedade Brasileira de Hipertensão); SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria); TJCC (Movimento Todos Junto Contra o Câncer); dentre outras organizações. Cf. < <http://alimentacaosaudavel.org.br/campanhas/rotulagem/> >. Acesso em: 12 set. 2019.

⁹⁴¹ Imagem extraída de: ANVISA. **Consulta Pública nº 708 de 13 de setembro de 2019.**

11.4.1 Possibilidade regulatória no comércio internacional: Mercosul, TBT e Codex Alimentarius

Importante notar que um dos argumentos aventados para impedir os países de avançarem na regulação da rotulagem de alimentos em seus territórios nacionais diz respeito a supostos obstáculos de natureza de comércio internacional ou obrigações de harmonização regional.⁹⁴² No caso do Mercosul, registra-se que há possibilidade de adoção de medidas unilaterais em matéria de rotulagem de alimentos,⁹⁴³ atendendo-se objetivos legítimos. Nesse sentido:

MERCOSUL/GMC/RES. N° 45/17 - Procedimentos para elaboração, revisão e revogação de Regulamentos Técnicos Mercosul e Procedimentos Mercosul de avaliação da conformidade.⁹⁴⁴

4. PROCEDIMENTOS GERAIS

4.1. A elaboração, revisão ou revogação de RTM e PMAC devem estar orientadas a eliminar barreiras técnicas ao comércio e buscar a inserção do MERCOSUL no comércio internacional, garantindo as condições sanitárias dos produtos, proteção da vida e saúde humana, animal e vegetal, sua segurança, proteção ambiental e a prevenção de práticas enganosas.

4.2. Nos processos de elaboração, revisão e revogação de RTM e PMAC, devem-se ter por base os princípios gerais e diretrizes estabelecidas no "Acordo sobre Barreiras Técnicas ao Comércio" (TBT) e no "Acordo sobre Aplicação de Medidas Sanitárias e Fitossanitárias" (SPS), aprovados como norma MERCOSUL pelas Decisões CMC N° 58/00 e 06/96, respectivamente.

Por sua vez, reza o Acordo sobre Barreiras Técnicas ao Comércio (conhecido como TBT)⁹⁴⁵:

⁹⁴² Sobre o tema, recomendamos leitura de primorosa manifestação do Uruguai sobre questionamentos recebidos no âmbito da OMC de norma nacional de regulação de rotulagem de alimentos: URUGUAY. **G/TBT/W/614**. Statement by Uruguay to the Committee on technical barriers to trade 6 and 7 march 2019. World Trade Organization. 25 March 2019.

⁹⁴³ Conforme Cecília Cury, embora a regra seja de harmonização dos aspectos de rotulagem de alimentos no Mercosul, identifica-se situações de abordagens unilaterais, como no Brasil, o caso dos triângulos amarelos com um "T" sinalizando a presença de transgênicos, "contém/ não contém" glúten, alergênicos, lactose; ou na Argentina, os selos de "sem glúten"; "leche entera pasteurizada"; "artificialmente aromatizado" com fonte igual à denominação. Cf. CURY, Cecília. Análise do sistema normativo brasileiro sobre rotulagem de alimentos: do poder ao dever. [apresentação no evento Regulação da rotulagem de alimentos: desafios para a América Latina]. 7 nov 2019.

⁹⁴⁴ MERCOSUL/GMC/RES. N° 45/17. Procedimentos para elaboração, revisão e revogação de Regulamentos Técnicos Mercosul e Procedimentos Mercosul de avaliação da conformidade. Disponível em: < http://www.inmetro.gov.br/barreirastecnicas/pdf/acordos/RES_045-2017_Revogacao_revisao_e_elaboracao_de_RTM_Mercosul.pdf >. Acesso em: 2 dez. 2019.

⁹⁴⁵ WORLD TRADE ORGANIZATION. Agreement on Technical Barriers to Trade. Disponível em: < https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/17-tbt.pdf >. Acesso em: 5 dez. 2019.

Acordo sobre Barreiras Técnicas ao Comércio

2.2 - Os Membros assegurarão que os regulamentos técnicos não sejam elaborados, adotados ou aplicados com a finalidade ou o efeito de criar obstáculos técnicos ao comércio internacional. Para este fim, os **regulamentos técnicos não serão mais restritivos ao comércio do que o necessário para realizar um objetivo legítimo**, tendo em conta os riscos que a não realização criaria. Tais **objetivos legítimos** são, *inter alia*: imperativos de segurança nacional; a **prevenção de práticas enganosas; a proteção da saúde ou segurança humana**, da saúde ou vida animal ou vegetal, ou do meio ambiente. Ao avaliar tais riscos, os elementos pertinentes a serem levados em consideração são, *inter alia*: a informação técnica e científica disponível, a tecnologia de processamento conexa ou os usos finais a que se destinam os produtos.

(negrito nosso)

E no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC), mesmo diante do princípio geral de se evitar discriminação entre produtos doméstico e estrangeiros na medida do possível, o Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio 1947 (GATT 47)⁹⁴⁶ prevê critérios de exceção para assegurar a viabilidade de medidas nacionais de proteção à saúde:

ARTIGO XX

EXCEÇÕES GERAIS

Desde que essas medidas não sejam aplicadas de forma a constituir quer um meio de discriminação arbitrária, ou injustificada, entre os países onde existem as mesmas condições, quer uma restrição disfarçada ao comércio internacional, disposição alguma do presente capítulo será interpretada como impedindo a adoção ou aplicação, por qualquer Parte Contratante, das medidas:

- (a) necessárias à proteção da moralidade pública;
- (b) necessárias à proteção da saúde e da vida das pessoas e dos animais e à preservação dos vegetais;

Assim, especialistas em direito comercial internacional guiam a análise da viabilidade jurídica de medidas nacionais de proteção à saúde que resultam em restrições ao comércio com algumas perguntas-chave⁹⁴⁷:

- O que eu visio proteger está incluído nos parágrafos do Artigo XX do GATT 47?

⁹⁴⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO. **Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio 1947 (GATT 47)**. Português (Lei 313 de 30/07/48 e alterações posteriores). Disponível em: < <http://www.mdic.gov.br/comercio-exterior/negociacoes-internacionais/1885-omc-acordos-da-omc> > . Acesso em: 5 dez. 2019.

⁹⁴⁷ SCHLOEMANN, Hannes. Caso dos pneus: o artigo XX do GATT deixa espaço para políticas nacionais?. [internet]: **Pontes**, Volume 4, N. 1, Feb. 2008. Disponível em: < <https://www.ictsd.org/bridges-news/pontes/news/caso-dos-pneus-o-artigo-xx-do-gatt-deixa-espaco-para-politicas-nacionais> > . Acesso em: 5 de dez. 2019.

- Qual é o “nível de proteção” que eu desejo implementar?
- A medida é “necessária” para alcançar o nível de proteção desejado?
- Medidas de igual eficiência e de menor efeito restritivo ao comércio estão prontamente disponíveis?
- A medida passa no teste de proporcionalidade por meio da ponderação e sopesamento?
- A medida resulta em “discriminação arbitrária ou injustificável”?
- Existe discriminação? A aplicação da medida opera como uma “restrição disfarçada ao comércio”?

Nesse sentido, se a restrição estiver fundamentada em informação técnica e científica disponível; havendo o nexo de causalidade entre a medida adotada e o objetivo regulatório de proteção à saúde; havendo proporcionalidade na restrição; e demonstrando-se sua relevância e necessidade - não sendo a medida mais rigorosa do que o necessário para atingir-se o objetivo; não há que se falar em impedimentos regulatórios por regras de comércio internacional.⁹⁴⁸

Foge do nosso escopo de trabalho a realização de análise minuciosa desses aspectos quanto às propostas regulatórias de rotulagem de alimentos. Entretanto, anotamos a necessidade de aprofundamento nessa questão, recomendando como um ponto a ser desenvolvido por pares que se virem inspirados por tal temática de pesquisa.

Por fim, trazemos brevíssimos comentários sobre o *Codex Alimentarius* e a inexistência de impedimento por sua parte de regulação nacional à rotulagem frontal de alimentos.

“O *Codex Alimentarius* é um programa conjunto da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), criado em 1963, com o objetivo de estabelecer normas internacionais na área de alimentos, incluindo padrões, diretrizes e guias sobre Boas Práticas e de Avaliação de Segurança e Eficácia. Seus principais objetivos são proteger a saúde dos consumidores e garantir práticas leais de comércio entre os países.”⁹⁴⁹

⁹⁴⁸ Sobre o tema, recomendamos leitura de primorosa manifestação do Uruguai sobre questionamentos recebidos no âmbito da OMC de norma nacional de regulação de rotulagem de alimentos, dissertando sobre necessidade, adequação e proporcionalidade da medida: URUGUAY. **G/TBT/W/614**. Statement by Uruguay to the Committee on technical barriers to trade 6 and 7 march 2019. World Trade Organization. 25 March 2019.

⁹⁴⁹ ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Codex Alimentarius**. [internet]. 16 set. 2016. Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/388701/Codex+Alimentarius/10d276cf-99d0-47c1-80a5-14de564aa6d3> >. Acesso em: 5 dez. 2019

Destacamos que os documentos do *Codex Alimentarius* são de aplicação voluntária pelos países membros, servindo como referências para o marco normativa interno dos países. Assim, as diretrizes e recomendações do *Codex* não são vinculantes para o cenário normativo nacional, ainda que membros da OMC sejam incentivados a harmonizar normas internas e internacionais. Atualmente os textos do Codex permitem que os países prevejam informação nutricional suplementar, mas não dispõem especificamente sobre rotulagem frontal nas embalagens dos alimentos. Entretanto, o *Codex* está no processo de desenvolvimento de diretivas sobre o tema.⁹⁵⁰ Importante notar que mesmo enquanto esse processo não for concluído, e ainda que conclua determinadas diretivas, não há impedimento de que os países sigam seus próprios processos regulatórios e aprovem normas sobre o tema internamente.

Finalmente, aprofundar-se sobre o tema do *Codex Alimentarius* é de fundamental importância para compreender a inconsistência de certos argumentos, muitas vezes vindos dos setores representativos da indústria de alimentos, sobre a impossibilidade jurídica de propostas regulatórias nacionais de rotulagem frontal de advertência que sinalize a alta presença de açúcar, gorduras e sódio nos produtos alimentícios. Um dos argumentos bastante explorados pela indústria alimentícia para se opor às medidas regulatórias é a alegação de que as propostas de selos frontais que alertem sobre a alta presença de nutrientes críticos causariam medo na população. Isso porque há uma tentativa de enquadrar a rotulagem frontal nutricional como uma alegação proibida (Prohibited Claims) constante no *Codex General Guidelines on Claims*⁹⁵¹ que prevê “3. PROHIBITED CLAIMS. The following claims should be prohibited: 3.5 Claims which could give rise to doubt about the safety of similar food or which could arouse or exploit fear in the consumer.” Entretanto, a rotulagem frontal nutricional de advertência não se trata de uma alegação (“claims”), mas sim, de provisão de informação adequada, com base na mais atualizada e ampla evidência científica, visando facilitar ao consumidor a realização de escolhas informadas sobre produtos alimentícios.

As evidências trazidas nesse trabalho, entre inúmeras outras sendo constantemente produzidas por centros de estudos nacionais e internacionais, são de fundamental importância

⁹⁵⁰ Na 44a sessão do Codex Committee on Food Labeling (CCFL44), acordou-se o estabelecimento de um Grupo de Trabalho Eletrônico (Electronic Working Group – EWG) para estudar e preparar orientações no tema da rotulagem frontal nutricional. Cf. URUGUAY. *G/TBT/W/614*. op. cit., 2019, p.2.

⁹⁵¹ CODEX ALIMENTARIUS. *Codex General Guidelines on Claims*. CAC/GL 1-1979 (Rev. 1-1991). Disponível em: < <http://www.fao.org/3/y2770e/y2770e05.htm> >. Acesso em: 5 dez. 2019.

para fundamentar a necessidade, adequação, e proporcionalidade em sentido estrito das medidas propostas, de forma que constituam base argumentativa sólida para a defesa da possibilidade jurídica das medidas regulatórias aventadas. E mais importante, essa análise não pode estar descolada da consideração da supremacia de direitos fundamentais, dos deveres do Estado emergentes das normas de direitos humanos internacionais, em particular a obrigação estatal de adoção de medidas legislativas, fiscais, administrativas, orçamentárias, para viabilizar o mais alto nível possível de saúde à população.

12. CONCLUSÃO – PARTE III

1. A pergunta lide da Terceira parte dessa tese esteve centrada na maneira como direitos e deveres implicam na função do Estado de implementar medidas de prevenção da obesidade infantil com enfoque em desestimular a demanda por alimentos não saudáveis.

2. Partimos de considerações acerca da relação Estado-Sociedade e das demandas que moldam a atuação do Estado para lidar com a “produção social de riscos”⁹⁵². Riscos são produzidos pelas certezas da sociedade industrial, emergindo o desafio de construção de pactos de segurança construídos por uma sociedade argumentativa e interpretativa, no sentido de definir os riscos e dar-lhes visibilidade. Essa definição leva a implicações ao poder do Estado de intervir ou não no processo de adoecimento da população. A atividade reguladora do Estado sobre as atividades comerciais que colocam em risco a saúde alimentar seriam o atual “poder de fazer viver”, sendo as leis e normas um veículo para mitigação dos riscos e garantia de segurança.

3. Trouxemos comentários acerca do poder de polícia do Estado sobre gêneros alimentícios. Originariamente, e mesmo dentro de um modelo liberal, o poder de polícia sanitário fundado em lei, autoriza o Estado a realizar inspeção dos produtos alimentícios e impedir a venda dos produtos nocivos ao consumo, sendo tais riscos facilmente calculáveis pelo conhecimento

⁹⁵² BECK, Ulrich. **La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad**. Tradução de Jorge Navarro. Barcelona. Paidós, 1998.

vigente e a relação de causalidade do perigo inequívoca. A medida que emergem novos riscos da industrialização e das percepções da sociedade de risco global, o poder de intervenção estatal no âmbito alimentar se complexifica.

4. Os novos riscos impulsionam ações *à priori* por parte dos poderes públicos fundamentadas nas garantias de valores fundamentais, como meio ambiente, saúde e segurança, enquanto antes, no regime liberal clássico, estavam restritos à esfera das relações jurídicas privadas.

5. Hoje, a ciência avança no sentido de documentar os desfechos em saúde associados ao consumo de alimentos ultraprocessados. Tanto por suas características intrínsecas (maior densidade energética, excesso de açúcar livre, gorduras total, saturada e *trans*, menos fibras, hiperpalatabilidade, etc.), como por sua forma de comercialização (*marketing* agressivo, larga acessibilidade e disponibilidade, promocionados como produtos de conveniência, longa vida de prateleira, portáteis, consumíveis em qualquer hora ou local, etc.), tais produtos alimentícios apresentam uma potencial nocividade implicando no dever regulador do Estado para que tais riscos sejam mitigados.

6. A função de segurança é o elo que liga os diferentes modelos de Estado e cria bases para fundamentação de novos direitos fundamentais e correspondente dever de proteção Estatal. Tal dever se materializará dentro de um processo de avaliação dos perigos, riscos e ponderação dos direitos conflitantes, de forma a orientar a atividade do Estado Regulador.

7. Tanto mais se impõe o concreto dever de proteção por parte do Estado: a) quanto mais alta a probabilidade de consumação da ofensa; b) quanto menor for a capacidade do titular do direito para evitar a lesão ou para se proteger do agressor (devido a sua intrínseca ou circunstancial fragilidade); c) quanto menores forem os custos de proteção e quanto mais eficazes forem os instrumentos para efetuar essa proteção.⁹⁵³ Apontamos especial destaque a essa passagem, pois, seguindo essa lógica, as evidências científicas já apontam o alto grau de probabilidade de ofensa à saúde das crianças associada às práticas mercadológicas da indústria alimentícia; crianças possuem capacidade extremamente reduzida de se defenderem das ameaças; e, em contraposição, os organismos internacionais de saúde já apontam as medidas menos custosas e mais efetivas em protegê-las, conforme explanado na Parte II desse trabalho. Ou seja, a

⁹⁵³ SILVA, Jorge Pereira da. op. cit. 2015, p.30.

combinação desses fatores cria bases sólidas para o concreto dever de proteção por parte do Estado.

8. Crianças são titulares reais de direitos, reconhecidos internacionalmente e gerando obrigações vinculativas ao Estado, tal qual, a obrigação de estabelecer medidas legislativas e administrativas para proteção do melhor interesse da criança, ou criação de um marco jurídico que imponha limites e deveres a certos atores, como as empresas, para que se restrinja condutas violadoras dos direitos das crianças.

9. O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Pidesc) positiva o direito à saúde como o *direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental*, o que engloba fatores determinantes básicos de saúde, como alimentação e nutrição, acesso a água potável limpa, etc. Por sua vez, também afirma o direito à alimentação, cujo conteúdo, especificado em um processo evolutivo constante, engloba a acessibilidade e disponibilidade de alimentos nutritivos, adequados e seguros.

10. O Comitê de Direitos da Criança assevera que Estados devem atuar para que as técnicas de mercado e a publicidade não afetem negativamente os direitos da criança, adotando normas adequadas para que as empresas cumpram códigos de conduta, implemente rotulagem de produtos de maneira clara e precisa, e informem os pais e crianças para que possam tomar decisões bem fundadas enquanto consumidores.⁹⁵⁴

11. O direito à saúde das crianças, enquanto direito humano, gera obrigações ao Estado de respeitar, proteger e efetivar tal direito, implicando no dever de garantir que os atores privados também o respeitem, podendo o Estado ser responsabilizado caso não adote medidas para impedir ou reparar violações cometidas pelo setor privado, ou por não adotar medidas administrativas, legislativas, fiscais, judiciais, referentes às atividades empresariais

⁹⁵⁴ NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación general N° 16 (2013) sobre las obligaciones del Estado en relación con el impacto del sector empresarial en los derechos del niño (CRC/C/GC/16)**. Aprobada por el Comité en su 62° período de sesiones (14 de enero a 1 de febrero de 2013). Naciones Unidas, 17 de abril de 2013.

“59. Los niños pueden considerar que el contenido de los anuncios publicitarios transmitidos por los medios de comunicación es veraz e imparcial y, por consiguiente, pueden consumir y utilizar productos que son dañinos. La publicidad y la mercadotecnia también pueden influir poderosamente en la autoestima de los niños, por ejemplo cuando representan el cuerpo humano de forma poco realista. Los Estados deben velar por que la mercadotecnia y la publicidad no afecten negativamente a los derechos del niño y adoptar normas adecuadas y alentar a las empresas a que se adhieran a los códigos de conducta, etiqueten de manera clara y precisa los productos e informen a los padres y los niños de manera que puedan tomar decisiones bien fundadas como consumidores.”

potencialmente danosas à saúde das crianças. Por sua vez, a indústria alimentícia tem a obrigação de cumprir leis do marco de políticas nacionais para desincentivar o consumo de alimentos não saudáveis.

12. Em suma, o direito à saúde da criança gera obrigação ao Estado de adotar medidas para prevenir doenças não transmissíveis vinculadas à alimentação, assim, deve não somente viabilizar uma alimentação nutritiva, como arbitrar medidas em todos os âmbitos de formulação de políticas para aliviar a carga de DCNTs vinculadas à alimentação. Incluem-se aí, obrigações positivas de adoção de medidas regulatórias para: provisão de informação quanto ao risco de consumo dos alimentos, inclusive por meio da rotulagem nutricional; políticas fiscais que viabilizem acessibilidade a alimentos saudáveis e desincentivem consumo de alimentos não recomendados; proteção às crianças quanto às técnicas de *marketing* persuasivas ao consumo de alimentos não saudáveis, seja nos canais de mídia, seja no ambiente escolar.

13. Do plano internacional de direitos humanos ao plano de direito interno observamos uma reiteração da obrigatoriedade do Estado de atuar em prol da prevenção da obesidade infantil. Tal obrigatoriedade emerge do reconhecimento do *direito à saúde*, principalmente no seu aspecto de dever de agir para redução de risco de doença e outros agravos; e do *direito à alimentação*, no dever de garantir e promover a segurança alimentar e nutricional da população, o que inclui a garantia de acesso a alimentos seguros, suficientes, de qualidade e adequados. Tais direitos interligam-se com o dever de assegurá-los com *absoluta prioridade* às crianças, adolescentes e jovens, permitindo-se com isso seu desenvolvimento sadio e harmonioso.

14. No plano nacional, trouxemos especial destaque à legislação consumerista. Quando disciplina a *Proteção à Saúde e Segurança* do consumidor e seu direito à informação, o Código de Defesa do Consumidor assume existir no mercado de consumo produtos e serviços com graus distintos de nocividade, estabelecendo, assim, formas distintas do dever de informação. Há aqueles com riscos previsíveis em decorrência de sua natureza (Art. 8º); ou potencialmente nocivos ou perigosos (Art. 9º); ou que não poderiam estar dispostos no mercado de consumo (Art. 10º), sendo que para cada caso, há níveis distintos do dever de informar. Dado as características intrínsecas dos alimentos ultraprocessados com altas

quantidades de gordura, açúcar e sódio e sua desmedida acessibilidade e promoção à população, em particular direcionada à criança, que são hipervulneráveis, sustentamos que tais produtos enquadram-se na previsão dada pelo Art. 9º do CDC sobre “produtos potencialmente nocivos”, que geram o dever do fornecedor de informar de maneira ostensiva e adequada sobre os riscos potenciais de consumo do produto. Tal entendimento é o fundamento mais sólido para o dever do Estado de regulamentação do dever das empresas de informarem os riscos tanto em embalagens quanto na publicidade de alimentos. Nesse último ponto, as previsões sobre o princípio da identificação da publicidade e sobre publicidade abusiva também direcionam o entendimento da ilegalidade da publicidade direcionada à criança e aquela capaz de induzir o consumidor a se comportar de forma prejudicial à saúde. Concluímos haver forte base legal para responsabilizar, desde já, as empresas alimentícias, como para orientar tarefa reguladora do Estado sobre o *marketing* de alimentos.

15 A Constituição Federal afirma a ordem econômica fundada na livre-iniciativa, com finalidade de assegurar a todos a existência digna, observando para tanto, diversos princípios, dentre eles, a defesa do consumidor (Art. 170, CF). Por ser finalística e ter a justiça social como principal baliza, a atividade econômica está constitucionalmente suscetível a ser ordenada.

16. Sustentamos que os direitos à vida, saúde, alimentação (enquanto direitos fundamentais) a defesa do consumidor (enquanto dever do Estado) e o direito da criança de que tais direitos fundamentais sejam assegurados com absoluta prioridade, justificam restrições ao direito à livre-iniciativa e à atividade publicitária no contexto das medidas regulatórias recomendadas (tributação de bebidas açucaradas; regulação da publicidade de alimentos direcionada ao público infantil; rotulagem frontal em produtos alimentícios; regulação do ambiente escolar alimentar com restrição à venda/publicidade de alimentos não saudáveis), apoiando-se na avaliação da proporcionalidade da medida no caso concreto. Não cabe dizer que, *à priori*, tais medidas regulatórias seriam impossibilitadas pela existência de um direito absoluto limitador de tais restrições.

17. Para uma análise dos embates de direitos nas medidas regulatórias em questão, trouxemos considerações acerca da liberdade, autonomia e paternalismo. O usufruto da liberdade pressupõe: a existência de um ambiente sadio; a provisão de informações claras e verdadeiras

para o exercício do direito de escolha livre e informada; e a proteção a grupos mais vulneráveis quanto as deficiências informacionais. Assim, direito à saúde e o princípio da liberdade são interdependentes e ambos requerem atuação estatal para correção de distorções e ameaças.

18. Defendemos ser legítimo que políticas estejam voltadas a influenciar o comportamento das pessoas para adoção de escolhas mais saudáveis, preservando-se, nessa abordagem, a liberdade de escolha e autonomia dos indivíduos. As medidas regulatórias em comento voltadas a desestimular o consumo de alimentos não saudáveis, preservam a autonomia individual, não implicando em imposição de condutas aos indivíduos.

19. Contemplamos a situação e a possibilidade jurídica das medidas regulatórias recomendadas no ordenamento nacional. Para regulação da publicidade de alimentos, sustentamos que a Constituição Federal não veda tal possibilidade, e ainda reforça a necessidade de disciplina por lei federal da propaganda de produtos e práticas que possam ser nocivos à saúde (Art. 220 § 3º, II da CF). Tal possibilidade jurídica é ainda reforçada pelo Código de Defesa do Consumidor nas disposições sobre a ilegalidade da publicidade enganosa e abusiva. Apesar de tentativas regulatórias por parte da Anvisa e do CONANDA, publicidades de produtos alimentícios com alto teor de açúcar, gordura e sódio seguem sendo veiculadas livremente, inclusive direcionadas ao público infantil, sem que o consumidor tome conhecimento dos riscos associados ao seu consumo. Não temos hoje, no Brasil, legislação específica para regular o tema sob a perspectiva de defesa da saúde e prevenção de DCNTs relacionadas à má nutrição. Tal tarefa encontra-se hoje relegada à casuística de denúncias, processos administrativos e ações judiciais levados ao Judiciário, que tardam anos para serem decididos, e atuam num aspecto punitivo de infrações já ocorridas. O ordenamento jurídico brasileiro carece, todavia, de uma legislação cogente que guie as práticas mercadológicas de forma a oferecer ampla proteção ao consumidor e à criança quanto ao estímulo nocivo ao consumo de alimentos associados à epidemia de obesidade e DCNTs.

20. Sobre a possibilidade jurídica de medidas regulatórias de restrição à alimentos não saudáveis em escolas, vimos que apesar de contar com políticas que preveem tais regras no âmbito do PNAE, e de possuir pleno amparo constitucional para tanto, o Brasil ainda não conta com legislação de abrangência federal para regular os alimentos vendidos, oferecidos e

promovidos em cantinas escolares de escolas públicas e privadas. Há uma discrepância na proteção às crianças no Brasil: crianças que frequentam escolas públicas atendidas pelo PNAE ou que se encontram em Estados ou Municípios com normas protetivas da alimentação escolar acabam sendo mais protegidas que crianças fora desses universos, o que gera o desrespeito Estatal do direito à criança à não discriminação. Aventamos nesse sentido a possibilidade de ações de responsabilização ao Estado Brasileiro pelo tratamento inequânime dado às crianças, sendo imperioso a norma mais protetiva alcançar a todos.

21. No caso da tributação de bebidas açucaradas com o objetivo de elevação do preço final ao consumidor, comentamos duas possibilidades jurídicas: da medida ser realizada por meio de elevação do IPI e/ou por meio de CIDE específica. Hoje o Brasil não só não conta com tal medida, como beneficia por meio de bilionárias renúncias fiscais os setores de produção de refrigerantes.

22. No que tange a regulação da rotulagem frontal de alimentos para que tragam selos de alerta sobre altas quantidades de nutrientes críticos nos alimentos, vemos que tal medida encontra respaldo no dever constitucional do Estado de defesa do consumidor (Art. 5º XXXII e Art. 170, V da CF), assim como, amplo fundamento na legislação consumerista e sanitária. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) tem competência reconhecida para regulamentação da rotulagem de alimentos no Brasil e encontra-se desde 2014 em um processo regulatório sobre o assunto diante de fortes pressões da sociedade civil organizada pela regulamentação de selos de alerta na rotulagem frontal dos alimentos. Até o momento de fechamento desse trabalho, permanece pendente decisão sobre norma regulatória.

23. As normas de comércio internacional permitem a adoção de medidas unilaterais pelos Estados restritivas ao comércio quando apoiadas em objetivos legítimos, sendo a proteção da saúde ou segurança humana uma das possibilidades. Refutamos o argumento de que, *à priori*, a regulação da rotulagem frontal em produtos alimentícios estaria impedida por regras de comércio internacional ou por ausência de disposição do *Codex Alimentarius*. Sustentamos não só não haver impedimento para tanto, como haver a obrigação do Estado de adoção de medidas regulatórias para viabilizar o alcance do mais alto nível possível de saúde da população, com prioridade absoluta à infância, advinda dos direitos fundamentais e direitos humanos destrinchados no presente trabalho.

24. Concluimos que há hoje no Brasil um vácuo normativo disciplinador de medidas para desestimular o consumo de alimentos ultraprocessados não saudáveis. Não há impedimento normativo para tanto, pelo contrário, temos fundamentação em direitos humanos internacionais, direitos fundamentais e constitucionais, e legislação infraconstitucional que reforçam o dever do Estado de disciplinar o Mercado de alimentos tendo em vista a proteção à saúde da população e em especial das crianças. Há, portanto, uma falha grave no dever regulador do Estado para mitigar os riscos cientificamente demonstrados relativos ao consumo de produtos alimentícios ultraprocessados associados às DCNTs e obesidade.

PARTE IV. MAPEAMENTO NORMATIVO ESTRANGEIRO E ESTUDO DE CASO

A quarta parte da presente tese dedica-se a apresentar um levantamento de direito comparado sobre experiências normativas dentro dos quatro eixos de medidas regulatórias recomendadas para desestimular o consumo de alimentos ultraprocessados não saudáveis que colaboram para configuração da epidemia de obesidade e doenças crônicas relacionadas. Temos como intenção fornecer exemplos para inspirar a formulação de medidas regulatórias no Brasil.

13. MAPEAMENTO NORMATIVO

13.1 Metodologia

Nossa metodologia de buscas para realização do mapeamento normativo obedeceu os seguintes critérios:

- Tipo de normas: Leis e regulamentações válidas em âmbito nacional;
- Recorte temático: As políticas *best buys* para desestímulo ao consumo de alimentos não saudáveis:
 1. Regulação do ambiente alimentar escolar com foco em restrições à alimentos não saudáveis;
 2. Regulação da publicidade de alimentos com enfoque na proteção do público infantil;
 3. Tributação de bebidas açucaradas e/ou outros alimentos não saudáveis;
 4. Regulação da rotulagem frontal de alimentos evidenciando altos conteúdos de nutrientes críticos.
- Local: Países das Américas;

- Verificação: apenas leis e normas que tivemos acesso ao inteiro teor.

Nossa principal base de dados de busca foi a “Ferramenta interativa do Plano de Ação de Prevenção da Obesidade em crianças e adolescentes – revisão dos resultados intermediários (2018)”, disponibilizada pela OPAS/OMS.⁹⁵⁵ Tal base de dados encontra-se atualizada até 31 de dezembro de 2017, e nela são documentados os progressos dos países na implementação do Plano de Ação. Há portanto, uma limitação temporal, pois não temos nessa base de dados o registro das leis e normas expedidas pelos países nos anos de 2018 e 2019. Procuramos suprir tal limitação complementando a pesquisa em uma base de dados complementar, a *NOURISHING database*,⁹⁵⁶ organizada pela *World Cancer Research Fund International*, que apesar de não contar com uma validação oficial pelas autoridades nacionais, prevê uma compilação de políticas governamentais implementadas no mundo para promoção de alimentação saudável e redução da obesidade atualizada até dia 8 de maio de 2019. Nesse sentido, e por conta das limitações temporais das bases de dados consultadas, a compilação aqui apresentada não tem como intuito abranger todas as normas já publicadas até a presente data, queremos no entanto, evidenciar uma visão geral do avanço dos países em seus deveres de prevenir a obesidade infantil por meio de medidas regulatórias.

Na busca realizada na base de dados da OPAS, filtramos os resultados por meio dos indicadores do Plano de Ação de Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes 2014-2019. Seleccionamos os indicadores que mais se aproximaram dos temas regulatórios de busca pré-definidos, que implicam em medidas que visam regular o mercado de alimentos para desestimular o consumo de alimentos não recomendados. Nesse sentido, os seguintes indicadores foram selecionados na ferramenta de comparação entre países:

- 1) “2.1.2 – Normas que promovem a venda de alimentos saudáveis e limitam a disponibilidade de alimentos ultraprocessados que são alto em calorias e pobres em

⁹⁵⁵ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Interactive tool for the Plan of Action for the Prevention of Obesity in Children and Adolescents - Midterm review results** (2018). [on-line]. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14471:obesity-plan-of-action-midterm-review-results-2018&Itemid=40498&lang=en>. Acesso em: 6 nov. 2019.

⁹⁵⁶ WCRF INTERNATIONAL. **NOURISHING database**. [on-line]. Disponível em: <<https://www.wcrf.org/int/policy/nourishing-database>>. Acesso em: 9 de novembro de 2019.

- nutrientes.”, dentro da linha de ação de “Aprimoramento da alimentação escolar e ambientes de atividade física”.⁹⁵⁷
- 2) “3.1.1 – Tributos em bebidas açucaradas e outros produtos com alta densidade energética”, dentro da linha de ação “Medidas Fiscais e regulação do *marketing* e rotulagem.”⁹⁵⁸
 - 3) “3.2.1 – Regulação para proteger crianças e adolescentes do impacto do *marketing* de bebidas açucaradas, produtos pobres em nutrientes e com densidade energética, e *fast foods*”, dentro da linha de ação “Medidas Fiscais e regulação do *marketing* e rotulagem.”⁹⁵⁹
 - 4) “3.3.1 – Normas sobre rotulagem frontal em embalagem de alimentos ultraprocessados e bebidas açucaradas”, dentro da linha de ação “Medidas Fiscais e regulação do *marketing* e rotulagem.”⁹⁶⁰

Importante notar que realizamos verificação dos resultados apresentados pela ferramenta, realizando leitura das normas citadas, quando não disponibilizados na ferramenta, buscamos seu inteiro teor em websites oficiais dos países indicados. Utilizamos como critério de exclusão, os resultados que apontassem medidas não mandatórias ou ainda não implementadas no país (ex: recomendações, diretrizes, ou projetos de lei).

A pesquisa na base de dados da OPAS foi complementada pela base de dados NOURISHING,⁹⁶¹ observando-se os resultados dos seguintes indicadores:

⁹⁵⁷ “2.1.2 – Norms that promote the sale of healthy foods and limit the availability of ultra processed foods that are high in calories and nutrient poor.” E linha de ação “Improvement of school nutrition and physical activity environments”. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Interactive tool for the Plan of Action for the Prevention of Obesity in Children and Adolescents - Midterm review results (2018). [on-line].

⁹⁵⁸ “3.1.1 – Tax on sugar-sweetened beverages and other calorie high products”. E linha de ação “Fiscal policies and regulation of food marketing and labeling”. OPS/WHO. Interactive tool for the Plan of Action for the Prevention of Obesity in Children and Adolescents - Midterm review results (2018).

⁹⁵⁹ “3.2.1 – Regulations to protect children and adolescents from the impact of marketing of sugar-sweetened beverages, energy-dense nutrient-poor products and fast foods”. E linha de ação “Fiscal policies and regulation of food marketing and labeling”. OPS/WHO. Interactive tool for the Plan of Action for the Prevention of Obesity in Children and Adolescents - Midterm review results (2018).

⁹⁶⁰ “3.3.1 – Norms regarding front-of-package labelling in ultra processed foods and sugar sweetened beverages”. E linha de ação “Fiscal policies and regulation of food marketing and labeling”. OPS/WHO. Interactive tool for the Plan of Action for the Prevention of Obesity in Children and Adolescents - Midterm review results (2018).

⁹⁶¹ WCRF INTERNATIONAL. **NOURISHING database**. [on-line]. Disponível em: <<https://www.wcrf.org/int/policy/nourishing-database>>. Acesso em: 9 nov. 2019.

- a) (N) “Padrões de rotulagem nutricional e regulações no uso de alegações em alimentos”, no critério “Rotulagem interpretativa claramente visível e rotulagem de advertência”⁹⁶²
- b) (O) “Oferecer alimentos saudáveis e estabelecer critérios em instituições públicas e outros locais específicos”⁹⁶³
- c) (U) “Uso de ferramentas econômicas para abordar acessibilidade de alimentos e incentivos ao consumo”, no critério “Tributos à alimentos relacionados à saúde”⁹⁶⁴
- d) (R) “Restringir publicidade de alimentos e outras formas de promoção comercial”⁹⁶⁵

Tendo em vista as considerações acima, organizamos o mapeamento normativo da seguinte maneira:

- **AMBIENTE ESCOLAR:** Normas que promovem a venda de alimentos saudáveis e limitam a disponibilidade de alimentos ultraprocessados que possuem alta quantidade de nutrientes críticos, com enfoque no ambiente escolar
- **TRIBUTAÇÃO:** Tributos sobre bebidas açucaradas
- **PUBLICIDADE:** Normas que regulam publicidade e outras formas de promoção comercial de alimentos com alto conteúdo de nutrientes críticos
- **ROTULAGEM:** Normas de rotulagem frontal de advertência sobre alto conteúdo de nutrientes críticos em embalagem de alimentos

Selecionadas as normas, organizamos as informações por país; descrição da lei ou norma; dispositivos em destaque; e resumo das principais características da regulação. Vejamos os resultados na tabulação a seguir.

⁹⁶² Tradução nossa de: “Nutrition label standards and regulations on use of claim and implied claim on food”, no critério “Clearly visible ‘interpretative’ labels and warning labels”.

⁹⁶³ Tradução nossa de: “Offer healthy food and set standards in public institutions and other specific setting”

⁹⁶⁴ Tradução nossa de: “Use economic tools to address food affordability and purchase incentives”, no critério “Health-related food taxes”

⁹⁶⁵ Tradução nossa de: “Restrict food advertising and other forms of comercial promotion”

13.2 Mapeamento Normativo Estrangeiro

13.2.1 Ambiente Escolar

Tabela 2: Normas que promovem a venda de alimentos saudáveis e limitam a disponibilidade de alimentos ultraprocessados que possuem alta quantidade de nutrientes críticos, com enfoque no ambiente escolar

AMBIENTE ESCOLAR			
País	Norma	Dispositivos em destaque	Resumo principais características
Argentina	Ley 23396 - Prevención y control de los trastornos alimentarios.	Artículos 8°; 9°	Obrigaç�o ao Estado de desenvolver padr�es de alimenta�o das cantinas escolares, com �nfase na corre�o de defici�ncias e excesso de nutrientes. N�o traz defini�oes claras de limita�o de alimentos em escolas.
Brasil	Resolu�o CD/FNDE n.26/2013	Art. 22 e 23	Veda-se a aquisi�o de bebidas com baixo valor nutricional; estabelece restri�o de aquisi�o de alimentos n�o saud�veis. V�lido apenas para aquisi�o de alimentos em escolas p�blicas no PNAE.
Bol�via	Ley 775 de 8 de enero de 2016	Art�culos 11.I ; 13.c	Disp�e que institui�oes p�blicas e privadas devem fomentar alimenta�o saud�vel. Disp�e que os estabelecimentos devem limitar a quantidade de sal. N�o traz defini�oes claras de limita�o de alimentos em escolas.
Chile	Ley 20.606 – sobre composi�o nutricional de los alimentos y su publicidad	Art�culo 6	Alimentos “alto em” calorias, sal, gorduras e a�uc�res (conforme determinado em regulamento) n�o podem ser comercializados em escolas. Traz defini�oes claras de limita�o de alimentos em escolas.
Col�mbia	Ley 1335 de 2009	Articulo 11	Afirma que institui�oes de ensino p�blicas e privadas devem oferecer diversidade de alimentos que cubram necessidades nutricionais. N�o traz defini�oes claras de limita�o de alimentos em escolas.
Costa Rica	Decreto Ejecutivo 36910 - MEP-S del 22/11/2011; Decreto Ejecutivo N. 37869 - MEP-S: reforma el	Considerando 8.; Art�culo 10° ; 11° ; 13° do Dec. 36910	Estabelece que a liberdade de com�rcio nos centros educativos p�blicos possuem natureza mercantil especial de <i>iure conditio</i> , sendo plenamente admiss�vel regular a venda dos produtos aliment�cios. Veda-se publicidade de produtos aliment�cios em institui�oes

AMBIENTE ESCOLAR			
País	Norma	Dispositivos em destaque	Resumo principais características
	reglamento para el funcionamiento y administración del servicio de soda en los centros educativos públicos		educativas públicas. A venda de alimentos deve estar de acordo com o Guia Alimentar da Costa Rica. Dispõe critérios nutricionais para alimentos preparados e pré-embalados disponibilizados nas escolas.
Ecuador	Ley Orgánica del Regimen de la Soberanía Alimentaria	Artículo 28	Proíbe-se comercialização de produtos com baixo valor nutricional nos estabelecimentos educativos.
	Acuerdo Interministerial No 0005-14 , Registro Oficial No.232 24 de abril de 2014	Artículo 8, 9, 10, 36	Nas cantinas escolares apenas permitidos alimentos processados com concentração baixa e média de gordura, açúcar e sódio. Proibido publicidade de alimentos que superem níveis médios de nutrientes críticos, contenham cafeína e edulcorantes e de bebidas energéticas e processadas.
El Salvador	Decreto No 917 - Ley General de Educación	113-C, I	Ministério da Educação com colaboração do Min. da Saúde, emitirá normativa para regular e controlar a comercialização de alimentos com alto conteúdo de gorduras, açúcar, sal e os que contribuem para uma alimentação saudável dentro das escolas.
	Acuerdo N. 15-0733 de 15 de junio de 2017 – Normativa de Tiendas y Cafetines Escolares	Art. 8, 9, 10	Traz a definição de produtos ultraprocessados. Estabelece critérios nutricionais para comercialização de alimentos permitida em todos centros educativos do país. Centros educativos devem garantir que não se faça publicidade, promoção e patrocínio de alimentos não saudáveis.
Estados Unidos da América	National School Lunch Program and School Breakfast Program: Nutrition Standards for All Foods Sold in School as Required by the Healthy, HungerFree Kids Act of 2010	IV. Summary of the Final Rule Competitive Food Standards	Define critérios nutricionais para permissão de alimentos e bebidas competitivos dentro do Programa Nacional de Almoço e Café-da-manhã Escolar. Limitado ao programa. Estabelece limites na quantidade de gordura, gordura saturada, sal e açúcar adicionado permitido nos alimentos. Bebidas são restritas à água, e leite sem gorduras ou com baixa quantidade de gordura.
Guatemala	Decreto No 16-2017 – Ley de	Artículo 23, 27	Ministério da Educação supervisionará disponibilidade de alimentos

AMBIENTE ESCOLAR			
País	Norma	Dispositivos em destaque	Resumo principais características
	Alimentación Escolar		saudáveis nos centros educativos públicos e privados, conforme critérios estabelecidos na lei e regulamento.
México	ACUERDO mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del Sistema Educativo Nacional.	Artículo 18, Anexo nico	Abrange escolas do Sistema Educativo Nacional. Proíbe distribuição, despesa ou preparação de alimentos que não cumpram com critérios nutricionais.
Panamá	Ley N.º75 del 15 de noviembre de 2017 – Ley que establece medidas para promover la alimentación adecuada y estilo de vida saludable en los centros educativos	Artículo 12	Estabelece que Ministério da Saúde fará vigilância da publicidade, promoção, e patrocínio de alimentos dentro de centros educativos.
	Resuelto N.º3623 de 17 de julio de 2017	Artículo 6	Proíbe-se ofertar, vender ou receber doações de uma lista de alimentos como refrigerantes, guloseimas, alimentos com edulcorantes artificiais ou alto em açúcar e sódio, em centros educativos. Proíbe-se publicidade, promoção, e patrocínio de alimentos e bebidas não saudáveis.
Paraguai	Resolución 16264 de 31 de Julio de 2013	Anexo I.C	Estabelece que alimentos oferecidos nas cantinas escolares devem ser frescos, nutritivos, variados, saudáveis e enriquecidos com sal iodado. Não traz definições claras de limitação de alimentos em escolas.
Peru	Ley No 30021 – Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes	Artículo 6	Cantinas escolares devem oferecer exclusivamente alimentos e bebidas saudáveis conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, em regulamento.

AMBIENTE ESCOLAR			
País	Norma	Dispositivos em destaque	Resumo principais características
	Decreto Supremo N° 017-2017-SA , Reglamento de la Ley N° 30021		Estabelece parâmetros técnicos dos alimentos processados referentes ao conteúdo de açúcar, sódio, gordura saturada e trans.
Uruguai	Ley No 19.140 – alimentación saludable en los centros de enseñanza	Artículo 3, 4	Ministério da Saúde estabelecerá lista de alimentos e bebidas nutritivamente adequados. Proíbe-se a publicidade em estabelecimentos educativos de alimentos e bebidas não incluídos na lista.
	Decreto No 60/014	Artículo 6	Traz a definição de publicidade dentro dos centros educativos e arredores

Fonte: Elaboração própria.

13.2.2 Tributação

Tabela 3: Tributos sobre bebidas açucaradas

TRIBUTAÇÃO			
País	Norma	Dispositivos em destaque	Resumo principais características
Barbados	Budgetary Proposals 2015	2. Special Excise on sweetened beverages	Em Junho de 2015, o governo de Barbados aprovou um tributo de 10% em bebidas açucaradas produzidas localmente e importadas, incluindo refrigerantes, sucos, bebidas esportivas e outros. Bebidas excluídas do imposto incluem sucos 100% de fruta, água de côco,

TRIBUTAÇÃO			
País	Norma	Dispositivos em destaque	Resumo principais características
			leite integral e evaporado. O tributo tornou-se válido desde 1 de agosto de 2015, sendo revisto após dois anos. ⁹⁶⁶
Bermuda	Customs Tariffs Amendment (No 2) Act 2018		Tributo <i>ad valorem</i> de 50% no valor de águas (mineral e carbonatada) e outras bebidas não alcoólicas contendo açúcares adicionados e outros aditivos adoçantes ou flavorizantes.
Chile	Ley No 20.780 – Circular #51	II.4.a	Faz remissão ao artigo 5º da Lei n. 20.606, estabelecendo imposto adicional com taxa de 18%, que se aplicará sobre a mesma base do imposto de valor agregado, de bebidas não alcoólicas com elevado conteúdo de açúcar (15g por 240 ml ou porção equivalente).
Dominica	Excise tax (amendment) S.R.O Commonwealth of Dominica Statutory Rules and Order n. 28 of 2015 . Order made by the Minister under section4(5) of the Excise Tax Act 2005 (Act N.8 de 2005)	3. The First Schedule of the Act is amended by 2202.10.00	Desde de 1 de setembro de 2015, Dominica aplica 10 % de <i>excise tax</i> para alimentos e bebidas com altas quantidades de açúcar, incluindo doces, balas, barras de chocolate, refrigerantes e outras bebidas adoçadas, incluindo bebidas energéticas. Arrecadação contribui para campanha “Get Healthy”. ⁹⁶⁷
Equador	Impuesto a los Consumos Especiales (ICE) – Ley de Régimen Tributario Ley Organica para el equilibrio de las finanzas publicas – Suplemento – Registro Oficial No 744	Artículo 82	Em vigor desde maio de 2016, estabelece um imposto <i>ad valorem</i> de 10% para refrigerantes com menos de 25g de açúcar por litro e para todas bebidas energizantes. Bebidas não alcoólicas e refrigerantes com mais de 25g de açúcar por litro serão tributadas na tarifa de 0,18 dólares americanos por 100 gramas de açúcar. Bebidas isentas do imposto incluem produtos lácteos e seus derivados, água mineral e sucos com mais de 50% de conteúdo natural.
México	Ley del impuesto especial sobre producción y servicios	Artículo 2.F.G; Artículo 8.I.c.f	Estabelece quota de 1 peso por litro para bebidas saborizadas, concentrados, pós, xaropes, essências ou extratos de sabores que ao

⁹⁶⁶ WCRF INTERNATIONAL. **NOURISHING database**. [on-line]. Disponível em: < <https://www.wcrf.org/int/policy/nourishing-database> > . Acesso em: 9 nov. 2019.

⁹⁶⁷ Idem.

TRIBUTAÇÃO			
País	Norma	Dispositivos em destaque	Resumo principais características
			diluir-se permitam obter bebidas saborizadas, sempre que contenham qualquer tipo de açúcar adicionado (em adição ao imposto de 25% previsto para bebidas energizantes, concentrados, pós, xaropes para preparar bebidas energizantes). Aplica-se exclusivamente ao fabricante, produtores ou importadores. Isentos bebidas com categoria sanitária de medicamentos; soro oral; leite; bebidas saborizadas em serviços de alimentação e bebidas. Parte da arrecadação destinada a programas de combate à desnutrição, obesidade e água potável. ⁹⁶⁸
Peru	Decreto Supremo N° 091-2018-EF		Estabelece imposto de 25% em bebidas com conteúdo de 6g ou mais por 100ml, incluindo bebidas não alcoólicas, águas adoçadas e cerveja com 0% de álcool.

Fonte: Elaboração própria.

13.2.3 Publicidade de Alimentos

Tabela 4: Normas que regulam publicidade e outras formas de promoção comercial de alimentos com alto conteúdo de nutrientes críticos

PUBLICIDADE DE ALIMENTOS			
País	Norma	Dispositivos em destaque	Resumo principais características

⁹⁶⁸ CEF – Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. *Medidas Fiscales y extra fiscales para contrarrestar el consume de bebidas saborizadas en México*. Nota informativa notacefp/014/2015. 27 de abril de 2015. Disponível em: < <http://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2015/abril/notacefp0142015.pdf> >. Acesso em 2 de novembro de 2019.

PUBLICIDADE DE ALIMENTOS			
País	Norma	Dispositivos em destaque	Resumo principais características
Argentina	Ley 23396 - Prevención y control de los trastornos alimentarios.	Artículo 11	Publicidade de alimentos com alto conteúdo calórico e pobre em nutrientes deve conter aviso de alerta “o consumo em excesso é prejudicial à saúde”.
Bolívia	Ley N° 775 de 08 de enero de 2016 - Ley de Promoción de Alimentación Saludable	Artículo 3.b; 15.IV	Publicidade de alimentos com alto conteúdo de açúcar, sódio e gorduras saturadas e trans devem ter mensagens de alerta sobre alto conteúdo.
Chile	Ley 20.606 – sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad	Artículo 6	Alimentos “alto em” calorias, sal, gorduras e açúcares (conforme determinado em regulamento) não podem ser publicizados em escolas e nem usar de recursos como brindes, concursos, jogos ou outros elementos de atração ao público infantil; não podem ser dirigidas a crianças menores de 14 anos. Prevê mensagens de alerta na publicidade de alimentos.
	Decreto 977 – Reglamento Sanitario de los Alimentos	Artículo 110bis	Proibição da publicidade dirigida a menores de 14 anos de produtos alimentícios com altos níveis de energia, sódio, açúcares ou gorduras saturadas (conforme definido em regulamento). Lista-se exemplos dos elementos da publicidade dirigida à criança (personagens, figuras infantis, animações, jogos, música infantil, etc.)
	Ley No 20.869 – sobre publicidad de los alimentos	Articulos 1, 2	Proibição da publicidade de produtos alimentícios “alto em” nutrientes críticos, direcionada a menores de 14 anos. Publicidade desses produtos não dirigida a crianças podem ser transmitidas apenas entre 22:00hs e 6:00hs
Peru	Ley No 30021 – Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes	Articulo 8, 10	Apresenta critérios para a publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas dirigida a crianças e adolescentes menores de 16 anos, como por exemplo, proibição de brindes ou prêmios. Prevê mensagens de advertência na publicidade de alimentos com alto conteúdo de gorduras, açúcar, sódio do tipo “Alto em (...): Evitar su consumo excesivo”.

Fonte: Elaboração própria.

13.2.4 Rotulagem

Tabela 5: Normas de rotulagem frontal de advertência sobre alto conteúdo de nutrientes críticos em embalagem de alimentos

ROTULAGEM			
País	Norma	Dispositivos em destaque	Resumo características
Bolívia	Ley N° 775 de 08 de enero de 2016 - Ley de Promoción de Alimentación Saludable	Artículo 3.c; 16	Estabelece rotulagem frontal no modelo de barra de cores para indicar “muito alto em” (cor vermelha); “médio em” (cor amarela); “baixo em” (cor verde). Produtos “muito alto em” devem ser seguidos de mensagens de saúde definidas em lei.
Chile	Ley 20.606 – sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad	Artículo 5°	Rotulagem frontal discriminando alimentos “alto em” calorías, gordura, açúcar, sal ou outros determinados em regulamento.
	Decreto 977 – Reglamento Sanitario de los Alimentos	Artículo 120 bis	Regula forma, cor, tamanho e localização dos selos de advertência sobre nutrientes críticos, o perfil nutricional com os limites de calorías (275 calorías/100g or 70 calorías/100ml), gorduras saturadas (4g/100g or 3g/100ml), açúcares (10g/100g or 5g/100ml) e sódio (400mg/100g or 100mg/100ml). Modelo de octógonos de fundo preto e letras brancas.
Equador	Acuerdo No. 00004522 - Reglamento Sanitario de Etiquetado de alimentos procesados para el Consumo Humano	Art. 8, 9, 12	Estabelece critérios nutricionais para concentração baixa, média ou alta de gorduras totais, açúcares e sal (sódio) em alimentos processados. Estabelece sistema gráfico com barra de cores vermelho, amarelo e verde para sinalizar “alto em”; “médio em” e “baixo em” nos respectivos nutrientes críticos.
Peru	Decreto Supremo N. 012-2018-SA Manual de advertencias publicitarias en el marco de la Ley N. 30021 y Decreto Supremo N.017-2017-SA	Pontos 1; 2; 3	Estabelece critérios do formato das advertências no rótulo dos alimentos processados, com símbolos de octógonos de fundo preto e letras brancas, com dizeres “alto em” (gorduras saturadas, açúcares, sódio) ou “contém gorduras trans”, seguido de painel com mensagem “evitar seu consumo excessivo”.
Uruguai	Decreto 272/018	Anexo II; Anexo IV	Estabelece critérios nutricionais para definição de excesso de sódio; açúcares; gorduras; gorduras saturadas – condições e

ROTULAGEM			
País	Norma	Dispositivos em destaque	Resumo características
			exceções no decreto. Rotulagem frontal em modelo de octógono, fundo preto e borda branca, contendo expressão “Excesso” seguida do nutriente correspondente.

Fonte: Elaboração própria.

14. ESTUDO DE CASO: Legislação do Chile sobre alimentos e prevenção da obesidade

A revisão normativa de experiências regulatórias internacionais nos levou a eleger um caso para descrição em maiores detalhes. Escolhemos o caso chileno por apresentar uma ampla gama de medidas, que, conjuntamente, apoiam-se para proteger a saúde da criança, para favorecer escolhas informadas e para desestimular o consumo de alimentos com alto conteúdo de calorias, gorduras saturadas, açúcar e sódio.

A Ley N° 20.606 sobre Composição Nutricional dos Alimentos e sua Publicidade entrou em vigor no Chile em 27 de junho de 2016 e busca endereçar três problemas associados a uma alimentação não saudável que contribuem para o desenvolvimento de obesidade e sobrepeso:

- Provendo informação clara e simples à população sobre o conteúdo nutricional dos alimentos, de forma a contribuir para o desenvolvimento de hábitos alimentares mais saudáveis;
- Restringindo a publicidade de alimentos com alto conteúdo de calorias e nutrientes críticos que afeta a saúde da população e que está dirigida a crianças menores de 14 anos;
- Proibindo a venda, distribuição ou promoção de alimentos com alto conteúdo de energia e nutrientes críticos nas escolas, objetivando criar-se ambiente alimentar escolar mais saudável.

Para cumprir tal objetivo, a legislação chilena apresenta quatro eixos de medidas principais:

- a obrigação de utilização de uma rotulagem frontal de advertência “alto em” quando produtos alimentícios apresentam alto conteúdo de calorias, gorduras saturadas, sódio, açúcares conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para referidos nutrientes;
- a proibição de venda de qualquer produto que supere os limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde para os referidos nutrientes críticos em estabelecimentos de ensino de todo o país;

- a proibição da publicidade dirigida a crianças menores de 14 anos de qualquer produto que supere os limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde dos referidos nutrientes críticos;
- inclusão de atividades didáticas e físicas em todos os estabelecimentos de educação para contribuir com o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis, assim como, para advertir sobre os efeitos nocivos de uma dieta excessiva em gorduras, gorduras saturadas, açúcares, sódio e outros nutrientes cujo consumo excessivo possa representar risco à saúde.

Conforme comentado no mapeamento normativo, a Ley N° 20.606 é complementada por modificações realizadas no *Reglamento Sanitario de los Alimentos* (RSA), que traz disposições sobre forma, cor, tamanho, localização da rotulagem frontal de advertência sobre os nutrientes críticos; os critérios nutricionais de limites de calorias, gorduras, açúcares e sódio para determinação da obrigatoriedade do uso da rotulagem frontal; assim como o que se entende por publicidade de produtos dirigida a menores de 14 anos e os responsáveis por essa publicidade. Nesse sentido, traduzimos aqui, um quadro com os principais temas abordados pelo regulamento:⁹⁶⁹

Quadro 7: Resumo legislação chilena.

Tema abordado	Aspecto regulado
Informação rótulo	Deverá estar em idioma espanhol, podendo repetir-se eventualmente em outro idioma. Os dados deverão estar sinalizados com caracteres visíveis, indelévels e fáceis de ler, em circunstâncias normais de compra e uso.
	Estabelecem-se os limites para energia, gorduras saturadas, açúcares e sódio, sobre os quais haverá a obrigação do uso do selo “alto em” caso superem tais limites estabelecidos.
Dimensões dos selos de advertência	A rotulagem será em formato octogonal com fundo em cor preta e borda branca, e em seu interior o texto traz, em letras brancas “Alto em” seguido de “gorduras saturadas”, “sódio”, “açúcares” ou “calorias”, em um ou mais símbolos independentes conforme o caso.
	Os símbolos se localizarão no painel principal do rótulo dos produtos.
Publicidade e comercializa	Definição de publicidade: toda forma de promoção, comunicação, recomendação, propaganda, informação ou ação destinada a promover o

⁹⁶⁹ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y AGRICULTURA (FAO); ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Preguntas y respuestas sobre la Ley de alimentos**. Santiago, 2018, p.7. Disponível em: <
https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&slug=preguntas-y-respuestas-sobre-la-ley-de-alimentos-1&Itemid=1145>. Acesso em: 9 nov. 2019.

ção	consumo de um determinado produto.
	Qualquer alimento ou produto alimentício que, em sua composição nutricional, contenha energia, sódio, açúcares ou gordura saturada, em quantidades superiores às estabelecidas, não poderá realizar publicidade dirigida a menores de 14 anos.
	Considera-se publicidade dirigida a menores de 14 anos quando se utilizam elementos como personagens e figuras infantis, animações, desenhos animados, jogos e música infantil que contemple a presença de pessoas ou animais que atraiam interesse de menores de 14 anos. Inclui-se Apps interativos, jogos, ou concursos dirigidos a menores de 14 anos, entre outros.
	Proíbe-se a publicidade dirigida a menores de 14 anos em programas ou <i>websites</i> a eles dirigidos, ou quando esses programas capturem uma audiência de menores de 14 anos, maior que 20%.
	Proíbe-se a utilização de estratégias comerciais dirigidas a menores de 14 anos como jogos, acessórios, adesivos, incentivo ou outros.
	A publicidade realizada em meios de comunicação de massa dos alimentos que tenham alto conteúdo de calorias, sódio, açúcares ou gorduras saturadas, deverão ser acompanhados de mensagens que promovam hábitos de vida saudáveis. A mensagem vigente atualmente é “prefira alimentos com menos selos de advertência”.
	Os alimentos ou produtos com alto conteúdo de nutrientes críticos não poderão ser distribuídos, comercializados, promovidos ou publicizados dentro de creches e estabelecimentos de educação básica ou média.

Figura 15: Rotulagem frontal de advertência nos produtos chilenos.



A execução, vigilância, fiscalização e avaliação da lei está a cargo do Ministério da Saúde, entidade que definiu os limites a partir de comitês de acadêmicos e especialistas sobre a base de evidência científica disponível à ocasião. Os limites foram estabelecidos no regulamento da lei e se aplicam a cada 100 gramas no caso de alimentos sólidos e a cada 100 mililitros no caso dos líquidos, nas quantidades e etapas descritas a seguir:

Quadro 8: Limites em alimentos sólidos.

	Etapa 1: data de etapa em vigência junho 2016	Etapa 2: 24 meses depois da entrada em vigência	Etapa 3: 36 meses depois da entrada em vigência
Energia kcal/100g	350	300	275
Sódio mg/100g	800	500	400
Açúcares totais g/100g	22,5	15	10
Gorduras saturadas g/100g	6	5	4

Quadro 9: Limites alimentos líquidos.

	Etapa 1: data de etapa em vigência junho 2016	Etapa 2: 24 meses depois da entrada em vigência	Etapa 3: 36 meses depois da entrada em vigência
Energia kcal/100ml	100	80	70
Sódio mg/100ml	100	100	100
Açúcares totais g/100ml	6	5	5
Gorduras saturadas g/100ml	3	3	3

Importante notar que a legislação deve ser cumprida por todos os fabricantes, produtores, distribuidores e importadores de alimentos nos processos de produção, importação, elaboração, envase, armazenamento e venda para o consumo humano. Isso significa que os produtos elaborados no Chile ou fora do país mas que se comercializem no território chileno devem cumprir com a lei e o regulamento.

Destacamos também que ao entrar em vigor, tal legislação gerou demandas judiciais por parte das empresas sob o argumento de que a mesma afetava a propriedade intelectual das companhias sobre logotipos devidamente registrados como marcas comerciais, uma vez que tal legislação fora fundamento para fiscalizar e sancionar o uso de personagens, caricaturas

imagens que constituíam publicidade dirigida a menores de 14 anos. As Cortes chilenas tem reconhecido a legislação sobre alimentos, não dando razão à solicitação das empresas.⁹⁷⁰

Por fim, salientamos que a legislação em comento é complementada pela Ley 20.869, sobre publicidade dos alimentos, em vigor desde maio de 2018. A seguir, trazemos alguns destaques:

LEY NÚM. 20.869

SOBRE PUBLICIDAD DE LOS ALIMENTOS

"Artículo 1°.- Se prohíbe la publicidad que induzca al consumo de los alimentos señalados en el inciso primero del artículo 5° de la ley N° 20.606, sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad, que, por su presentación gráfica, símbolos y personajes utilizados, se dirija a menores de catorce años, captando preferentemente su atención.

Ninguna publicidad de alimentos podrá afirmar que los referidos productos satisfacen por sí solos los requerimientos nutricionales de un ser humano. Además, no deberá usar violencia o agresividad y no podrá asociar a menores de edad con el consumo de bebidas alcohólicas o tabaco.

Se prohíbe el ofrecimiento o entrega a título gratuito de los alimentos señalados en el inciso primero, con fines de promoción o publicidad, a menores de catorce años.

Artículo 2°.- Todas aquellas acciones de publicidad destinadas a promover el consumo de los alimentos señalados en el inciso primero del artículo 5° de la ley N° 20.606, sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad, en todos los servicios de televisión y de cine, sólo se podrán transmitir en dichos medios entre las 22:00 y las 6:00 horas, siempre que no estén dirigidas a menores de catorce años.

Excepcionalmente, se podrá efectuar acciones de publicidad de los alimentos anteriormente señalados a propósito de eventos o espectáculos deportivos, culturales, artísticos o de beneficencia social, fuera del horario establecido en el inciso precedente, cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- a) Que el evento o espectáculo no sea organizado o financiado, exclusivamente, por la empresa interesada en la publicidad o por sus coligadas o relacionadas.
- b) Que la publicidad no esté destinada o dirigida, directa o indirectamente, a menores de catorce años.
- c) Que la publicidad no muestre situaciones de consumo que induzcan a éste ni al producto promocionado.
- d) Que la publicidad se encuentre acotada a la exhibición de la marca o nombre del producto.

Temos, portanto, limitações à publicidade de alimentos alto em nutrientes críticos que vão além da proibição dos mecanismos de direcionamento da mensagem para menores de 14 anos. Há uma limitação de horários de veiculação da publicidade desses produtos, ainda que não direcionados ao público infantil. Trata-se de uma medida de reforço para que a publicidade de alimentos não saudáveis não atinja crianças.

⁹⁷⁰ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y AGRICULTURA (FAO); ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Preguntas y respuestas sobre la Ley de alimentos**. Santiago, 2018, p.19.

15. CONCLUSÃO – PARTE IV

1. Efetuamos um mapeamento normativo estrangeiro para identificar normas válidas nacionalmente em países das Américas dentro dos quatro eixos de medidas regulatórias recomendadas para desestimular o consumo de alimentos ultraprocessados não saudáveis, quais sejam: (i) Regulação do ambiente alimentar escolar com foco em restrições à alimentos não saudáveis; (ii) Regulação da publicidade de alimentos com enfoque na proteção do público infantil; (iii) Tributação de bebidas açucaradas e/ou outros alimentos não saudáveis; (iv) Regulação da rotulagem frontal de alimentos evidenciando altos conteúdos de nutrientes críticos.
2. Identificamos e revisamos 40 normas de 18 países do continente americano. Chile e Peru foram os países que apresentaram normas nos quatro eixos temáticos regulatórios.
3. Identificamos 15 países com normas no eixo de regulação do ambiente alimentar escolar com foco em restrições à alimentos não saudáveis. Desses, identificamos como normas mais fortes aquelas que traziam definições claras dos produtos alimentícios de comercialização, disponibilização ou publicidade limitada no ambiente escolar com destaque ao Chile, Costa Rica, Equador, El Salvador, Panamá, Peru e Uruguai. Os principais fatores de debilidades das demais normas identificadas dizem respeito: à falta de definição clara dos alimentos restritos nas escolas (Argentina, Bolívia, Colômbia, Guatemala, México, Paraguai); e à abrangência limitada a programas ou políticas de alimentação escolar (Brasil, Estados Unidos da América).
4. Identificamos 7 países que implementaram medidas tributárias sobre bebidas açucaradas: Barbados, Bermuda, Chile, Dominica, Equador, México e Peru. Interessante notar o fato gerador tributário em função da quantidade de açúcar presente em bebidas industrializadas no caso do Chile, Equador, Peru, Dominica.
5. Na revisão normativa sobre regulação da publicidade e outras formas de promoção comercial de alimentos com alto conteúdo de nutrientes críticos identificamos normas de 4 países. As normas consideradas mais fortes foram do Chile e Peru pois preveem mensagens de alerta sobre o alto conteúdo de gorduras, açúcar, sódio e/ou calorias, assim como estabelece-se critérios de proibição do direcionamento da publicidade a crianças e adolescentes. A lei

chilena inclusive prevê limitação de horários de veiculação da publicidade de alimentos não saudáveis. Já Bolívia e Argentina, apresentam apenas previsão de mensagens de alerta na veiculação da publicidade dos referidos produto alimentícios.

6. Por fim, na investigação de normas que imponham rotulagem frontal de advertência sobre alto conteúdo de nutrientes críticos em embalagens de alimentos, identificamos 5 países com tais disposições. Avaliamos como normais mais eficazes as do Chile, Peru e Uruguai, por preverem modelos de advertência, com símbolos em destaque preto e branco, alertando para a alta quantidade de gordura, açúcar e sódio. As normas da Bolívia e Equador preveem o sistema de semáforos nutricionais, indicando em cores verde, amarelo e vermelho quantidades alta, média ou baixa dos nutrientes críticos, sistema esse com baixo rendimento avaliado por investigação científica para informar adequadamente sobre saudabilidade dos produtos alimentícios.

7. Feito o mapeamento, demos especial destaque à legislação chilena por apresentar uma ampla gama de medidas, que, conjuntamente, apoiam-se para proteger a saúde da criança, sendo muito claro o intuito de favorecer escolhas informadas e de desestimular o consumo de alimentos com alto conteúdo de calorias, gorduras saturadas, açúcar e sódio. Nessa legislação estão cobertos os temas de rotulagem frontal, de proibição de venda de produtos alimentícios potencialmente nocivos em escolas, de proibição da publicidade desses produtos direcionada à crianças, assim como são previstas medidas educativas sobre o tema da alimentação. Trata-se de um exemplo holístico de medidas comprometidas com a reversão da epidemia de obesidade infantil.

8. A lei chilena e tantas outras identificadas no mapeamento normativo são exemplos concretos da possibilidade jurídica e do cumprimento do papel do Estado em regular o ambiente obesogênico sem temer regulamentar práticas de mercado. Por força das orientações dos organismos de saúde internacionais, da crescente evidência científica sobre a potencial nocividade de alimentos ultraprocessados e também sobre a efetividade das referidas medidas normativas em reduzir o consumo de alimentos não recomendados, assim como das demandas sociais por proteção Estatal, tais leis e normas provam ser possível o cumprimento do papel do Estado de proteção à saúde da criança e da população também sobre esse viés. Serve, seguramente, como lição e inspiração para a produção normativa brasileira, que ainda enfrenta

obstáculos para contemplar sua população com nada mais do que seu direito à proteção emergente dos direitos fundamentais garantidos constitucionalmente.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES FINAIS

Chegamos ao final dessa jornada dissertativa. Motivada pela riqueza do encontro das áreas do saber do Direito e da Nutrição em Saúde Pública, resolvemos enfrentar uma pergunta-lide: qual é o papel do Estado e do Direito na prevenção da obesidade infantil? Nossa jornada seguiu uma proposta lógica: a compreensão sobre *O Problema*; o esclarecimento das *Recomendações* de enfrentamento ao problema; os *Direitos e Deveres* emergentes; e os *Caminhos possíveis*. Esses quatro pilares foram os fundamentos das quatro partes em que fora dividida essa tese. Resgatemos o sumo de nossas conclusões.

Partimos do esclarecimento da obesidade e de seus fatores de risco modificáveis como um problema de saúde pública e nos deparamos com uma constatação essencial quanto ao problema: o ambiente obesogênico e seus “vetores comerciais”. Nas últimas décadas observa-se uma escalada mundial da carga de doenças relacionadas à má nutrição e obesidade, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, atingindo-se diferentes faixas etárias e níveis de renda, sendo as iniquidades sociais um fator de hipervulnerabilidade da população. Esse fenômeno tem sido observado como uma expressão de ambientes promotores da má nutrição e obesidade, e a conformação desses ambientes se dá não só por dificultarem a realização habitual de atividade física e gasto energético por parte dos indivíduos, mas por super-estimularem, por meio de práticas comerciais, o consumo de produtos alimentícios ultraprocessados.

Trouxemos evidências sobre a relação entre o consumo dos produtos alimentícios ultraprocessados e desfechos em saúde, que ocorre principalmente por serem nutricionalmente desbalanceados, favorecerem o consumo excessivo de calorias, enganarem os dispositivos corporais de regulação da saciedade, entre outras características notadas na Parte I dessa tese. A potencial nocividade desses produtos é reforçada pela forma como são promovidos e comercializados, em particular, pelo *marketing* agressivo e “onipresente”, baixo preço, alta variedade de oferta e fácil disponibilidade, acessibilidade, conveniência e falta de informação adequada sobre os riscos de consumo. Além disso, esses produtos são frequentemente publicizados e direcionados para crianças, sem qualquer obrigação de destaque à sua potencial nocividade à saúde. Essas práticas seriam os “vetores comerciais” da má nutrição e epidemia

de obesidade ao redor do mundo. Apresentamos estudos que demonstram que quanto maior o grau de desregulação do mercado, maiores as vendas dos produtos ultraprocessados. Essas e outras características fazem com que tais produtos estejam crescentemente substituindo padrões alimentares baseados em alimentos frescos, que integrariam dietas saudáveis.

Tendo isso em conta, as ações de prevenção da obesidade infantil não podem deixar de enfrentar as condições que conformam os ambientes obesogênicos, sob o risco de se limitarem a paliativos, ou medidas estritamente centradas no indivíduo, colocando exclusivamente nele o encargo de se exercitar ou de mudar seus hábitos alimentares à despeito de todas condições desfavoráveis de seu entorno. No caso do público infantil, a ausência de providências para modificação do ambiente obesogênico é ainda mais séria. A criança e o adolescente, pelas particularidades de seus estágios de desenvolvimento humano, possuem menos instrumentos para se defenderem de práticas comerciais que invadem o ambiente escolar, suas casas, locais e veículos de lazer. Por isso merecem proteção especial, responsabilidade essa compartilhada entre família, Estado e sociedade.

Para adentrar no universo das recomendações para prevenção e enfrentamento à epidemia de obesidade, consideramos que as estratégias podem ser das mais diversas ordens. Conforme dito, é comum a sustentação do argumento de que indivíduos devem ser educados para que se alimentem de forma mais saudável e aí está o limite da atuação do Estado. No entanto, há um ponto fundamental que destacamos nesse trabalho: as estratégias de educação devem ser apoiadas por uma série de medidas mais amplas, desenhadas de forma a remover as barreiras às escolhas saudáveis; governos deveriam concentrar seus esforços não apenas para informar sobre escolhas, mas também enfrentando os fatores ambientais de forma a fazer das escolhas saudáveis as mais fáceis de serem feitas.⁹⁷¹

Conforme apontado na Parte I, as intervenções políticas/regulatórias no ambiente obesogênico possuem diversos pontos fortes: alcançam a população como um todo; tendem a ser sustentáveis; tornam-se sistêmicas; e revertem promotores ambientais;⁹⁷² e tem efeitos

⁹⁷¹ HOUSE OF COMMONS. HEALTH COMMITTEE. **Obesity – Third Report of Session 2003-04**. Volume I. Report, together with formal minutes. Ordered by the House of Commons to be printed 10 May 2004. Hc 23-I., 2004, p.54. Disponível em: < <https://publications.parliament.uk/pa/cm200304/cmselect/cmhealth/23/23.pdf> >. Acesso em: 12 mai. 2019. p.54.

⁹⁷² SWINBURN, B.; EGGER, G. Analyzing and influencing obesogenic environments. *In*: BRAY, G.; BOUCHARD, C. (Eds). **Handbook of obesity: clinical applications**. 3rd edn. New York: Informa Health Care,

duradouros na transformação comportamental dos indivíduos, uma vez que se incorporam nas estruturas, nos sistemas e em normas socioculturais⁹⁷³. Entretanto, há uma grande resistência na aprovação de medidas custo-efetivas por parte do poderoso *lobby* da indústria alimentícia e seus aliados contra a regulação governamental do mercado de alimentos.^{974 975}

O primeiro passo para viabilização de medidas de proteção é o reconhecimento da ameaça. Nesse sentido, esforços advindos da Organização Mundial da Saúde (para especificar os limites recomendados de ingestão de nutrientes críticos e explicar sua correlação com obesidade) e da OPAS (por meio do desenvolvimento de um modelo de perfil de nutrientes para qualificar os produtos alimentícios com excesso de gorduras, açúcar e sódio e presença de edulcorantes) formam as bases para uma identificação mais clara dos “alimentos não saudáveis” para fins de medidas regulatórias de proteção à saúde, e para o progressivo reconhecimento social acerca da potencial nocividade desses produtos. Destacamos a importância do Modelo de Perfil de Nutrientes da OPAS, e aqui reforçamos nossa **primeira recomendação aos decisores políticos e formuladores de políticas públicas**: utilizá-lo como base de identificação dos produtos cujas práticas comerciais pretende-se regular. Por fundamentar-se em consistente evidência científica, esse modelo de perfil de nutrientes traz bases sólidas para justificativa da necessidade e relevância da medida regulatória de saúde sobre as práticas comerciais dos produtos que nele se enquadram.

Adentramos então na Parte II do trabalho, almejando identificar as principais medidas custo-efetivas recomendadas por organismos internacionais de saúde para prevenção da obesidade infantil dentro do escopo de promover a redução de demanda por produtos alimentícios não saudáveis. Partimos do referencial teórico que aponta quatro medidas regulatórias como mais custo-efetivas para evitar perdas em anos de vida saudável: (1) regulação da publicidade de alimentos; (2) medidas fiscais; (3) rotulagem de alimentos; (4)

p. 177–93, 2008. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.810.

⁹⁷³ SWINBURG, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Prevent. Med.**, v. 29, p. 563-570, 1999.

⁹⁷⁴ CORPORATE EUROPE OBSERVATORY. **A red light for consumer information**: the food industry’s €1-billion campaign to block health warnings on food. Brussels: Corporate Europe Observatory, 2010. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.810.

⁹⁷⁵ BROWNELL, K.D.; WARNER, K.E. The perils of ignoring history: big tobacco played dirty and millions died. How similar is Big Food? **Milbank Q.**, v. 87, p. 259–94, 2009. apud SWINBURN, B.A., et al. op. cit., 2011, p.810.

intervenções no ambiente escolar. Então, realizamos uma revisão dos principais documentos sobre prevenção da obesidade e DCNTs correlacionadas expedidos pela OMS e da OPAS, no sentido de verificar as recomendações mais recorrentes direcionadas aos Estados para promoção da redução da demanda por alimentos não saudáveis.

Interessante notar que a revisão documental confirmou o reconhecimento por parte dos organismos internacionais de saúde sobre o papel dos governos em atuar em prol da prevenção da obesidade com um papel ativo na formulação de políticas públicas, legislativas, regulatórias e fiscais tendo em vista a redução do consumo de alimentos não saudáveis. Para tanto, as estratégias regulatórias devem visar preço, *marketing*, disponibilidade e acessibilidade desses produtos alimentícios. Além disso, a provisão de informação adequada é essencial para promoção de escolhas saudáveis. Nesse sentido, e visando a proteção prioritária do público infantil, as recomendações centram-se em: favorecer a alimentação saudável nas escolas e outros ambientes frequentados por crianças e limitar a disponibilidade de produtos com alto teor de sódio, açúcar e gordura nesses espaços; reduzir a exposição das crianças à técnicas de promoção, publicidade e *marketing* de produtos alimentícios não saudáveis, incluindo por meio de legislação/regulação para restringir o *marketing* direcionado à criança; adoção de medidas fiscais e tributos específicos sobre bebidas açucaradas para elevar o preço e desestimular o consumo de alimentos menos saudáveis; adoção de regras de rotulagem frontal de alimentos para alertar de forma clara e inequívoca sobre a alta presença de nutrientes críticos. Tais disposições foram sistematizadas em um quadro-resumo⁹⁷⁶, apontando o documento analisado, ano, organização e dispositivos que mencionam um dos quatro-eixos de medidas regulatórias a serem tomadas pelos Estados. Nossa expectativa, ao realizar essa sistematização é de prover uma ferramenta que facilite a localização das fontes de recomendações e compromissos internacionais sobre as quatro vertentes regulatórias em destaque.

Trouxemos comentários acerca da força jurídica dos documentos analisados, apontando-os como expressões de *soft law* que servem como guias para atuação dos Estados Membros da OMS e OPAS. Aqui, destacamos uma **segunda recomendação aos decisores políticos, operadores do direito e pesquisadores**: dedicar atenção e esforços para criação de

⁹⁷⁶ Quadro-resumo das recomendações disponível no ponto 5.3 desse trabalho.

um Tratado, nos moldes da Convenção-Quadro de Controle do Tabaco para regular a atividade mercadológica que promove a demanda por produtos alimentícios não saudáveis. Esse seria um instrumento internacional vinculante suficientemente forte para regular os “vetores comerciais” da obesidade, à exemplo do histórico do controle do tabaco. Ainda na Parte II desse trabalho, reunimos algumas conclusões de evidências científicas sobre medidas regulatórias nos eixos de rotulagem; ambiente alimentar escolar; *marketing*; e tributação de bebidas açucaradas, de forma a esclarecermos a necessidade e adequação das propostas em tela.

Em um terceiro momento dessa pesquisa, já na Parte III, partimos para a investigação sobre como direitos e deveres implicam na função do Estado de implementar medidas de prevenção da obesidade infantil com enfoque em desestimular a demanda por alimentos não saudáveis. Em primeiro lugar, essas obrigações não nascem do nada, mas são geradas por uma sociedade reflexiva que encara a produção social de riscos, e a partir do seu reconhecimento, demanda pactos de segurança com o Estado. Ao olharmos o histórico do poder de polícia do Estado sobre gêneros alimentícios vemos que a provisão de segurança sempre esteve presente como atividade precípua do Estado. Com a evolução tecnológica e o avanço da ciência, novos riscos impulsionam uma revisão das tarefas do Estado em mitigá-los. Isso é reforçado por obrigações emergentes de proteção à direitos humanos e fundamentais, em particular, do marco jurídico de proteção à criança. Dele emergem obrigações de estabelecer medidas legislativas e administrativas para proteção do melhor interesse da criança, e criação de um marco jurídico que imponha limites e deveres a certos atores, como às empresas, para que se restrinja condutas violadoras dos direitos das crianças. Isso se materializa na consecução das medidas regulatórias em destaque nesse trabalho. Tal conclusão é extraída da revisão de diversos documentos do marco internacional de direitos humanos, tais quais das Observações Gerais do Comitê de Direito das Crianças das Nações Unidas ou do Relatório do relator especial sobre o direito ao gozo do mais alto nível possível de saúde física e mental.

Sustentamos que a legislação interna fundamenta e reitera o dever do Estado de estabelecer medidas legislativas, administrativas e fiscais para redução do risco de doenças e outros agravos na população, com absoluta prioridade às crianças e adolescentes, alicerçado nas previsões constitucionais de direito à saúde, alimentação e defesa da criança e do consumidor.

Ao deter o olhar sobre a legislação consumerista, sustentamos que os produtos alimentícios ultraprocessados com altas quantidades de açúcar, gordura e sódio, enquadram-se na previsão dada pelo art. 9º do CDC aos produtos potencialmente nocivos, que gerariam o dever do fornecedor de informar de maneira ostensiva e adequada sobre os riscos potenciais de consumo do produto. Aqui registramos uma **terceira recomendação emergente desse trabalho direcionada aos acadêmicos das áreas jurídicas e de nutrição**: expandir a produção acadêmica interdisciplinar para o reconhecimento jurídico da nocividade dos produtos alimentícios ultraprocessados e suas práticas comerciais. Esse reconhecimento é um ponto-chave para sustentar não só o dever do Estado em regular as informações providas na rotulagem e publicidade desses alimentos, como também para responsabilizar as empresas alimentícias pelo descumprimento do dever de informar com base na já existente legislação consumerista.

No debate acerca dos limites do Estado em intervir na ordem econômica, fundado no princípio da livre-iniciativa, trouxemos considerações acerca da finalidade da atividade econômica comprometida com a dignidade humana e justiça social, e por isso, sujeita a ser ordenada para que opere em harmonia com os direitos fundamentais. Apoiada na avaliação da proporcionalidade, as medidas regulatórias em comento não são impossibilitadas por um suposto direito absoluto que limite *à priori* tal regulação. Tão pouco ferem a liberdade individual ou autonomia, pois direcionadas a corrigir práticas abusivas do poder econômico, ou a criar ambientes mais amigáveis para escolhas saudáveis, não implicando em imposição de condutas a indivíduos.

Dedicamos esforços para trazer um panorama da situação e possibilidade jurídica das quatro medidas recomendadas no ordenamento nacional. No âmbito da regulação da publicidade de alimentos, identificamos forte aparato jurídico na legislação consumerista para proteção à criança da publicidade abusiva, entretanto apontamos que o ordenamento jurídico brasileiro carece, todavia, de uma legislação cogente que guie as práticas mercadológicas de forma a oferecer ampla proteção ao consumidor e à criança quanto ao estímulo nocivo ao consumo de alimentos associados à epidemia de obesidade e doenças crônicas não transmissíveis. Aqui, retomamos nossa primeira recomendação dessa conclusão final: utilizar-se do modelo de perfil de nutrientes para identificar os alimentos potencialmente nocivos e trazer regras específicas sobre a comunicação mercadológica dos mesmos, seja pela previsão

de avisos de alerta, seja pela proibição legislativa de estratégias de direcionamento ao público infantil.

No que tange as medidas regulatórias de restrição à alimentos não saudáveis em escolas, à despeito de previsões no âmbito do PNAE, o Brasil ainda não conta com legislação de abrangência federal para regular os alimentos vendidos, oferecidos e promovidos em escolas públicas e privadas. Por sua vez, no caso da tributação de bebidas açucaradas com o objetivo de elevação do preço final ao consumidor, comentamos duas possibilidades jurídicas: da medida ser realizada por meio de elevação do IPI e/ou por meio de CIDE específica. Entretanto, hoje o Brasil não só não conta com tal medida, como beneficia por meio de bilionárias renúncias fiscais os setores de produção de refrigerantes. Reforçamos que estudos mais aprofundados devem ser dedicados a esse tópico para explorar mecanismos possíveis de tributação. No caso da regulação da rotulagem frontal de alimentos para que alertem de forma clara e adequada sobre as alta presença de nutrientes críticos, apesar de forte respaldo na legislação consumerista e sanitária, até o momento de fechamento da tese, nenhuma medida fora tomada pelo Estado brasileiro. Notamos também que não há impedimento fundado em normas de comércio internacional para tal inércia na adoção de rotulagem frontal de alimentos no âmbito nacional.

Por fim, nossa jornada adentrou o “caminho do possível” ao realizar um mapeamento normativo estrangeiro, centrado no continente americano, de experiências regulatórias para restrição de alimentos não saudáveis no ambiente escolar; regulação da publicidade de alimentos; tributação de bebidas açucaradas e regulação da rotulagem frontal de alimentos. Identificamos e revisamos 40 normas de 18 países do continente americano e apontamos suas fortalezas e debilidades na conclusão da Parte III. Uma descrição mais detalhada foi realizada em relação à legislação do Chile por apresentar uma ampla gama de medidas (rotulagem frontal, ambiente alimentar escolar, publicidade e medidas educativas), que, conjuntamente, apoiam-se para proteger a saúde da criança, sendo muito claro o intuito de favorecer escolhas informadas e de desestimular o consumo de alimentos com alto conteúdo de calorias, gorduras saturadas, açúcar e sódio. O mapeamento normativo estrangeiro põe em perspectiva as diversas formas e possibilidades de atuação do Estado em atenção aos compromissos e recomendações de prevenção da obesidade infantil. Tal mapeamento, em face do estudo sobre a possibilidade e situação normativa das referidas medidas no universo brasileiro, nos leva a

concluir que apesar existir base jurídica para implicar o dever do Estado de implementar tais medidas no território nacional, o Estado Brasileiro está frustrando tal dever, ainda aquém das recomendações e compromissos assumidos para proteção prioritária da saúde da criança. Nesse sentido, trazemos uma **quarta recomendação direcionada a acadêmicos pesquisadores da área de direitos humanos**: aprofundar estudos e teses sobre a responsabilização do Estado Brasileiro no sistema de direitos humanos internacional pela possível inércia na obrigação de regular o mercado de alimentos, tendo em vista a prevenção da obesidade infantil. Certamente, um passo seguinte à presente pesquisa seria o de trazer esclarecimentos sobre os instrumentos possíveis de exigibilidade ao dever do Estado de regular o mercado de alimentos não saudáveis tendo em vista a prevenção da obesidade infantil.

Não podemos deixar de anotar os desafios para o avanço nessa agenda. É fácil e confortável para governos desviarem de ações que impliquem em embates com o setor privado optando tratar do tema da prevenção da obesidade infantil por vias unicamente centradas na educação e promoção de atividade física, como já dito. Entretanto, essa pesquisa demonstra que não será possível conter esse problema se os vetores comerciais continuarem a fomentar os ambientes obesogênicos. Para que sejam sustentáveis, as medidas devem necessariamente endereçar os fatores comerciais de estímulo à alimentação inadequada. Argumentos econômicos tem o condão de reforçar essa abordagem, na medida que os custos da obesidade e de DCNTs correlacionadas geram prejuízos que superam as benesses da lucratividade concentrada do setor alimentício de ultraprocessados. Aqui registramos nossa **quinta recomendação voltada à comunidade acadêmica interdisciplinar das ciências jurídicas, sociais e de saúde**: ampliar os estudos que evidenciam as práticas empresariais de sabotagem dos processos regulatórios, e desenvolver teses de responsabilização das empresas por infrações à direitos humanos por práticas comerciais promotoras de obesidade de DCNTs correlacionadas.

Esperamos que as ideias e dados trazidos nesse trabalho possam inspirar a produção acadêmica interdisciplinar nacional no sentido de reforçar as exigências para atuação Estatal e demonstrar caminhos regulatórios possíveis. Em especial, visamos ter trazido um diálogo inovador aos operadores do direito, que vezes se verão diante de uma decisão judicial ou da defesa de um caso que toca a disputa entre interesses econômicos e a defesa da saúde pública.

Por fim, na esperança de ter trazido esclarecimentos aos decisores políticos das diversas esferas e níveis de poder do Estado, registramos nossos votos de que as letras trazidas nesse trabalho nutram sua atuação em prol da defesa do direito à saúde, à alimentação e direitos das crianças.

BIBLIOGRAFIA

ABERT. **Nota pública – publicidade infantil. 7 de abril de 2014.** Disponível em: <<http://www.abert.org.br/web/index.php/notmenu/item/22580-nota-publica-publicidade-infantil>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

ABRASCO. Nota de apoio ao Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição em Saúde (NUPENS/USP) frente às tentativas de desqualificação acadêmica da classificação de alimentos NOVA. Disponível em: < <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/apoio-nupens/32245/> >. Acesso em: 1 Mai 2019

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais.** Tradução Virgílio Afonso da Silva. 2a edição, 4a tiragem. Malheiros Editores, 2008.

ANDREOTTI, Paulo Antonio Brizzi; VITA, Jonathan Barros. **CIDE combustível: reflexes após a ADI 2925/DF.** Disponível em: < <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=a16f3a5bda35f1de>>. Acesso em: 20 out. 2019.

ANDREOTTI, Paulo Antonio Brizzi; VITA, Jonathan Barros. **CIDE combustível: reflexes após a ADI 2925/DF.** Disponível em: < <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=a16f3a5bda35f1de>>. Acesso em: 20 out. 2019.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Codex Alimentarius.** [internet]. 16 set. 2016. Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/388701/Codex+Alimentarius/10d276cf-99d0-47c1-80a5-14de564aa6d3> >. Acesso em: 5 dez. 2019

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência-Geral de Alimentos. **Relatório de Análise de Impacto Regulatório sobre Rotulagem Nutricional.** Brasília, setembro, 2019.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência-Geral de Alimentos. **Relatório Preliminar de Análise de Impacto Regulatório sobre Rotulagem Nutricional.** Brasília, maio, 2018.

ARGENTINA. Ley 23396 - Prevención y control de los trastornos alimentarios. Disponível em: < <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=11533#> >. Acesso em: 2 nov. 2019.

ARGENTINA. [Ley 23396](#) de 02.09.2008 - Prevención y control de los trastornos alimentarios. Disponível em: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=11533#>> . Acesso em: 2 nov. 2019.

ÁVILA, Humberto. **Sistema Constitucional Tributário.** 3a Ed. Saraiva, São Paulo, 2008.

BAHIA, Luciana; ARAÚJO, Denizar Vianna. Impacto econômico da obesidade no Brasil. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 1, 2014.

BARBADOS. Budgetary Proposals 2015. Disponível em: <<https://www.barbadosparliament.com/uploads/document/d1efb84aac6a7abe4c6c0efcf8ceedd2.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2019.

BECK, Ulrich. **La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad**. Tradução de Jorge Navarro. Barcelona”. Paidós, 1998.

BERMUDA. Customs Tariffs Amendment (No 2) Act 2018. Disponível em: <[http://www.bermudalaws.bm/laws/Annual Laws/2018/Acts/Customs Tariff Amendment \(No. 2\) Act 2018.pdf](http://www.bermudalaws.bm/laws/Annual Laws/2018/Acts/Customs Tariff Amendment (No. 2) Act 2018.pdf)> . Acesso em: 2 nov. 2019.

BLOCH, Katia Vergetti. et. al. ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. **Rev Saude Publica**, 50, supl 1, 2016.

BOLÍVIA. Ley N° 775 de 08 de enero de 2016 - Ley de Promoción de Alimentación Saludable. Disponível em: <https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_docman&view=download&alias=74-ley-de-promocion-de-alimentacion-saludable&category_slug=legislation-and-policies&Itemid=1094> . Acesso em: 2 nov. 2019.

BRASIL. ANVISA. Gerência-Geral de Alimentos. **Relatório Preliminar de Análise de Impacto Regulatório sobre Rotulagem Nutricional**. Maio de 2018. Documento SEI nº 0215174.

BRASIL. **Código de Defesa do Consumidor**. Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990.

BRASIL. CONANDA – CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Resolução n. 163 de 13/03/2014**:

BRASIL. **Constituição Federal**. 1988

BRASIL. **Decreto n. 8.950 de 29 de dezembro de 2016**. Aprova a Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados - TIPI. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8950.htm> . Acesso em: 19 out. 2019.

BRASIL. **Decreto N. 9.349 de 30 de maio de 2018**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/D9394.htm>. Acesso em 21 out. 2019.

BRASIL. **Decreto N. 9.897 de 1o de julho de 2019**. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/decreto-9897-2019.htm>>. Acesso em 21 out. 2019

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Resolução nº 6, de 08 de maio de 2020**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006**. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília, DF 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2018**. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília, DF 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro 2010.

BRASIL. Resolução CD/FNDE n.26/2013. Disponível em: <<https://www.fnde.gov.br/index.php/aceso-a-informacao/institucional/legislacao/item/4620-resolu%C3%A7%C3%A3o-cd-fnde-n%C2%BA-26,-de-17-de-junho-de-2013>>. Acesso em: 2 nov. 2019.

BRAZELTON, T.B., GREESPAN, S.I.. **As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver**. Porto Alegre: Artmed; 2002.

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

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios**. Brasília, DF: CAISAN, 2014.

CANELLA, D.S.; LEVY, R.B.; MARTINS, A.P.; CLARO, R.M.; MOUBARAC, J.C.; BARALDI, L.G.; et al. Ultraprocessed food products and obesity in Brazilian households (2008–2009). **PLoS One**. v. 9, n.3, 2014.

Carta à Sociedade Brasileira em Defesa da Regulamentação da Publicidade de Alimentos Não Saudáveis como Direito de Cidadania. Disponível em: <http://www.idec.org.br/pdf/apoio_publicidade_alimentos_final_nov.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

CAVALCANTI, Ana Elizabeth Lapa Wanderley. A Rotulagem dos Alimentos Geneticamente

Modificados e o Direito à Informação do Consumidor. In: PAESANI, Liliana Minardi. (coordenadora). **O direito na sociedade de informação**. São Paulo: Atlas, 2007.

CEFP – Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. *Medidas Fiscales y extra fiscales para contrarrestar el consume de bebidas saborizadas en México*. Nota informativa notacefp/014/2015. 27 de abril de 2015. Disponível em: <<http://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2015/abril/notacefp0142015.pdf>>. Acesso em 2 de novembro de 2019.

CENTER FOR SCIENCE IN THE PUBLIC INTEREST. Big soda vs. public health: how the industry opens its checkbook to defeat health measures. 2015. Disponível em: <<https://cspinet.org/new/pdf/big-soda-vs-public-health-report.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2019

CECCHINI, Michele et al. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Chronic Diseases: Chronic Diseases and Development* 3. **The Lancet**, Vol. 376, November 20, 2010.

CHAN, M. **WHO Director-General addresses health promotion conference**. Genebra: OMS; 2013.

CHILE. Decreto 977 – Reglamento Sanitário de los Alimentos. Disponível em: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=71271>>. Acesso em: 2 nov. 2019.

CHILE. Ley 20.606 – sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad. Disponível em: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570>>. Acesso em: 2 nov. 2019.

CHILE. Ley No 20.780 – Circular #51. Disponível em: <<http://www.sii.cl/documentos/circulares/2014/circu51.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2019.

CHILE. Ley No 20.869 – sobre publicidad de los alimentos. Disponível em: <<http://bcn.cl/1vge2>>. Acesso em: 2 nov. 2019.

CHOPRA, M.; DARNTON-HILL, I. Tobacco and obesity epidemics: not so different after all? **BMJ**, v. 328, n. 26, p. 1558-1560, 2004.

CODEX ALIMENTARIUS. **Codex General Guidelines on Claims**. CAC/GL 1-1979 (Rev. 1-1991). Disponível em: <<http://www.fao.org/3/y2770e/y2770e05.htm>>. Acesso em: 5 dez. 2019.

CODEX ALIMENTARIUS. **Guidelines on nutrition Labelling** (CAC/GL 2-1985). FAO; WHO. Adopted in 1985. Revised in 1993 and 2011. Amended in 2003, 2006, 2009, 2010, 2012, 2013, 2015, 2016 and 2017. ANNEX adopted in 2011. Revised in 2013, 2015, 2016 and 2017. Disponível em: <<http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/thematic-areas/nutrition-labelling/en/>>. Acesso em 7 dez. 2019.

COLÔMBIA. Ley 1335 de 2009. Disponível em: <<https://docs.colombia.justia.com/nacionales/leyes/ley-1355-de-2009.pdf>>. Acesso em: 2

nov. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE AUTORREGULAMENTAÇÃO PUBLICITÁRIA. **Relatório de 12 de junho de 2011. Relator Ênio Basílio Rodrigo. Representação N. 085/11.** Disponível em: <http://criancaeconsumo.org.br/wp-content/uploads/2014/07/ArcosDouradosRio_Decisao_2014.pdf>. Acesso em 24 de novembro de 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação n. 21 de 9 de junho de 2017.** Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco021.pdf>>. Acesso em: 22 de outubro de 2019.

CONTRÓ, Mónica Gonzales; PLA, Issa Luna. **Los derechos de los niños e niñas en México frente al ambiente obesogénico.** Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Editorial Flores. México, 2016.

COSTA RICA. Decreto Ejecutivo 36910-MEP-S del 22/11/2011. Disponível em: <<https://www.mep.go.cr/sites/default/files/page/adjuntos/reglamento-vigente-2013.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2019.

COSTA RICA. Decreto Ejecutivo N. 37869-MEP-S: reforma el reglamento para el funcionamiento y administración del servicio de soda en los centros educativos públicos. Disponível em: <http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param_1=NRTC&nValor1=1&nValor2=75439&nValor3=93561&strTipM=TC>. Acesso em: 2 nov. 2019.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Constituição e constituinte.** 4. ed., São Paulo: Saraiva, 2010.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado.** 22. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JR, Vidal Serrano. **Direito Sanitário.** Editora Verbatim, São Paulo, 2010.

DÂMASO, Ana R.; TEIXEIRA, Luzimar R.; CURI, Claudia. Atividades Motoras na Obesidade. Pg. 121. In: FISBERG, Mauro. **Atualização em obesidade na infância e adolescência.** São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

DE OLIVEIRA, Michele Lessa.; SANTOS, Leonor M.P.; SILVA, Everton N. Direct Healthcare Cost of Obesity in Brazil: An Application of the Costof-Illness Method from the Perspective of the Public Health System in 2011. **PLoS One**, 1 Abr 2015; 10(4): e0121160.

DE VOGLI, R.; KOUVONEN, A.; GIMENO, D. The influence of market deregulation on fast food consumption and body mass index: a cross-national time series analysis. **Bull World Health Organ.** v. 92, issue 2, p. 99-107, 2014.

DEVAUX, Marion; FRANCO, Sassi. **The Labour Market Impacts of Obesity, Smoking,**

Alcohol Use and Related Chronic Diseases [DELSA/HEA/WD/HWP(2015)9]. OECD Health Working Papers No. 86. Paris: OECD Publishing, 2015.

DOMINICA. Excise tax (amendment) S.R.O Commonwealth of Dominica Statutory Rules and Order n. 28 of 2015. Order made by the Minister under section4(5) of the Excise Tax Act 2005 (Act N.8 de 2005). Disponível em: < [http://www.dominica.gov.dm/laws/2015/Excise Tax \(Amd\) Order, 2015.pdf](http://www.dominica.gov.dm/laws/2015/ExciseTax(Amd)Order,2015.pdf) >. Acesso em: 2 nov. 2019.

DORFMAN, Lori et al.. Soda and tobacco industry corporate social responsibility campaigns: how do they compare?. **PLOS Medicine**, vol. 9, nº 6, 2012.

DUPAS, Gilberto. Tensões contemporâneas entre o público e o privado. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

EAGLE, T.F.; SHEETZ, A.; GURM R., et al. Understanding childhood obesity in America: linkages between household income, community resources, and children's behaviors. **Am Heart J.**, v. 163(5), p. 836-843, 2012.

EL SALVADOR. Acuerdo N. 15-0733 de 15 de junio de 2017 – Normativa de Tiendas y Cafetines Escolares. Disponível em: < <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/els173856.pdf> >. Acesso em: 2 nov. 2019.

EL SALVADOR. Decreto No 917 - Ley General de Educación. Disponível em: < https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/171117_072916405_archivo_documento_legislativo.pdf >. Acesso em: 2 nov. 2019.

EQUADOR. Acuerdo Interministerial No 0005-14, Registro Oficial No.232 24 de abril de 2014. Disponível em: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/els173856.pdf> . Acesso em: 2 nov. 2019.

EQUADOR. Acuerdo No. 00004522 - Regulamento Sanitário de Etiquetado de alimentos procesados para el Consumo Humano. Disponível em: < <https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/08/REGLAMENTO-SANITARIO-DE-ETIQUETADO-DE-ALIMENTOS-PROCESADOS-PARA-EL-CONSUMO-HUMANO-junio-2014.pdf> > . Acesso em: 2 nov. 2019.

EQUADOR. Ley Orgánica del Regimen de la Soberanía Alimentaria. Disponível em: < <https://www.soberaniaalimentaria.gob.ec/pacha/wp-content/uploads/2011/04/LORSA.pdf> >. Acesso em: 2 nov. 2019.

EQUADOR. Ley Organica para el equilibrio de las finanzas publicas – Suplemento – Registro Oficial No 744. Disponível em: < <https://www.eltelegrafo.com.ec/images/cms/Leyes-y-decretos/documentos/Ley-Organica-para-el-Equilibrio-de-las-Finanzas-Publicas.pdf> > . Acesso em: 2 nov. 2019.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. National School Lunch Program and School Breakfast Program: Nutrition Standards for All Foods Sold in School as Required by the Healthy,

HungerFree Kids Act of 2010. Disponível em: <<https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2016-07-29/pdf/2016-17227.pdf>> . Acesso em: 2 nov. 2019.

EXAME. **Decreto da Zona Franca gera prejuízo de R\$500 mil por dia, diz indústria.** 2 de julho de 2019. Disponível em: < <https://exame.abril.com.br/economia/decreto-sobre-zona-fraca-gera-prejuizo-de-r500-mil-por-dia-diz-industria/>>. Acesso em: 22 out. 2019.

FAO, Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, párr. 1 (1996). Disponível em: < http://www.fao.org/wfs/index_es.htm>. Acesso em 7 dez. 2019.

FEDERAÇÃO LATINO-AMERICANA DE SOCIEDADES DE OBESIDADE – FLASO. **Consenso Latino-Americano de Obesidade.** Arq Bras Endocrinol Metab, v. 43, n. 1, fev, 1999.

FERRAZ, Mariana de Araujo. **Direito Humano à Alimentação e Sustentabilidade no sistema Alimentar.** Editora Paulinas, São Paulo, 2017.

FISBERG, Mauro. **Atualização em obesidade na infância e adolescência.** São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

FISCHER, Erika. **Alimentação escolar brasileira: percursos e desafios.** Relatório final. (online). Disponível em: < https://alimentacaosaudavel.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Relat%C3%B3rio-Alimenta%C3%A7%C3%A3o-escolar-brasileira_-_percursos-e-desafios_Erika-Fischer_rev09_maio_2018-4-1.pdf> . Acesso em 18 out. 2019.

FOOD AND AGRICULTURAL ORGANIZATION. **Fats and fatty acids in human nutrition.** Report of an expert consultation. Roma: FAO; 2010. (Documento de Alimentação e Nutrição nº 91). Disponível em inglês em: < http://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/fatsandfattyacids_humannutrition/en/> . Acesso em: 1 dez. 2019.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de Março de 1976. In: _____. **Em defesa da sociedade.** São Paulo: Martins Fontes, p. 285-315, 2005.

GARDUÑO-ESPINOSA, Juan; et. al. Una mirada desde los servicios de salud a la nutrición de la niñez mexicana. III. Carga económica y en salud de la obesidad en niños mexicanos. Proyecciones de largo plazo. **Bol. Med. Hosp. Infant.**, México, v. 65, n. 1, ene./feb., 2008.

GIBNEY, M.J.; FORDE, C.G.; MULLALLY, D.; GIBNEY, E.R.. Ultra-processed foods in human health: a critical appraisal. **Am J Clin Nutr** . 106, p. 717-724, 2017.

GIDDENS, A. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In Giddens, A., Beck, U. e Lash, S. **Modernização reflexiva. Política, tradição e estética na ordem social moderna.** São Paulo: Editora Unesp, p. 73-133, 1997.

GLOBAL FOOD RESEARCH PROGRAM AT UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA AT CHAPEL HILL. **Sugary Drink Taxes around the World.** May, 2019. Disponível online em:

< <http://globalfoodresearchprogram.web.unc.edu/multi-country-initiative/resources/>>. Acesso em: 13 Ago 2019.

GLOBAL FOOD RESEARCH PROGRAM AT UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA AT CHAPEL HILL. **Marketing Unhealthy Foods to Kids – Why Regulation is Critical to Reducing Obesity.** December, 2016. Disponível online em: < <http://globalfoodresearchprogram.web.unc.edu/multi-country-initiative/resources/>>. Acesso em: 13 Ago 2019.

GLOBAL FOOD RESEARCH PROGRAM UNIVERSITY OF NORTH CAROLINE AT CHAPEL HILL. **Front-of-Package (FOP) Food Labeling: Empowering Consumers to Make Healthy Choices.** Updated in March 7, 2019.

GLOBAL FOOD RESEARCH PROGRAM UNIVERSITY OF NORTH CAROLINE AT CHAPEL HILL. **Fighting Childhood Obesity with Healthy School Food Environments.** September, 2018. Disponível em: <<http://globalfoodresearchprogram.web.unc.edu/multi-country-initiative/resources/>>. Acesso em: 25 ago. 2019.

GOMES, Fabio da Silva; FERRAZ, Mariana de Araujo; JOHNS, Paula. **Histórico das indústrias de tabaco e de alimentos ultra-processados como vetores de doenças: lições aprendidas e estratégias de enfrentamento convergentes.** Artigo elaborado para o evento Infância e Comunicação: Marcos Legais e Políticas Públicas, promovido pela ANDI em 5 de março de 2013, no Congresso Nacional. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/arquivo/790_Artigo_tabaco_alimentos.pdf >. Acesso em: 30 set. 2019

GOMES, Fabio da Silva; LOBSTEIN, Tim. Food and beverage transnational corporations and nutrition policy. **Journal SCN News**, Geneva, Switzerland, n. 39, p. 57-65, 2011.

GONÇALVES, Tamara Amoroso. O caso brasileiro. In: HENRIQUES, Isabella. **Publicidade de Alimentos e crianças: regulação no Brasil e no mundo.** São Paulo: Saraiva, 2013.

GRINOVER, Ada Pellegrini (et. al). **Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: comentado pelos autores do anteprojeto.** 7 ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2001.

GROVER, Anand. **Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover: unhealthy foods, non-communicable diseases and the right to health (A/HRC/26/31).** Human Rights Council, Twenty-sixth session. United Nations, General Assembly, 1 April 2014.

GUATEMALA. Decreto No 16-2017 – Ley de Alimentación Escolar. Disponível em: < <https://leyesdeguatemala.files.wordpress.com/2017/11/d16-2017-ley-de-alimentacion3b3n-escolar.pdf> >. Acesso em: 2 nov. 2019.

GUO, S.S.; ROCHE, A.F.; CHUMLEA, W.C.; GARDNER J.D.; SIERVOGEL R.M.. The predictive value of childhood body mass index values for overweight at age 35 y. **Am J Clin**

Nutr., v. 59, n. 4, p. 810-819, 1994.

HALL, Kevin D. et al. Ultra-processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: A One-month Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. **Cell Metab.** V. 30, n. 1, p. 67-77, 2019.

HARTUNG, Pedro Affonso Duarte. O Conar e a autorregulamentação publicitária no Brasil. In: HENRIQUES, Isabella; VIVARTA, Veet (orgs.). **A autorregulação da publicidade infantil no Brasil e no mundo**. São Paulo: Editora Verbatim: Instituto Alana, 2017, p.67-97.

HOBBS, Thomas. **Leviatã**. Ed. Martin Claret, São Paulo, 2006.

HOUSE OF COMMONS. HEALTH COMMITTEE. **Obesity – Third Report of Session 2003-04**. Volume I. Report, together with formal minutes. Ordered by the House of Commons to be printed 10 May 2004. Hc 23-I., 2004. Disponível em: < <https://publications.parliament.uk/pa/cm200304/cmselect/cmhealth/23/23.pdf> >. Acesso em: 12 mai. 2019.

HTENAS, Aira Maria; TANIMICHI-HOBERG, Yurie; BROWN, Lynn. **An overview of links between obesity and food systems: implications for the agriculture GP agenda**. Washington, D.C.: World Bank Group, 2017. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/222101499437276873/An-overview-of-links-between-obesity-and-food-systems-implications-for-the-agriculture-GP-agenda>> . Acesso em: 22.Abr.2019

IANNI, Aurea Maria Zöllner. Saúde Pública e Sociedade de Risco. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 38-48, nov.2007/Fev.2008.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva acerca do Sobrepeso e Obesidade**. 2017. Disponível em: < http://criancaeconsumo.org.br/wp-content/uploads/2014/02/posicionamento_inca_sobrepeso_obesidade_2017-1.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2018.

INSTITUTO ALANA. CRIANÇA E CONSUMO. **Entenda a resolução que define a abusividade da publicidade infantil** (Notícias). [Online]. Publicado em 17/04/2014. Disponível em: < <http://criancaeconsumo.org.br/noticias/entenda-a-resolucao-que-define-a-abusividade-da-publicidade-infantil/>>. Acesso em: 13 out. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - IDEC. **Direito sem Ruído – A histórica decisão do STJ sobre publicidade de alimentos dirigida à criança**. Publicado em abril de 2017. Disponível em: < <https://idec.org.br/publicacao/direito-sem-ruído-historica-decisao-do-stj-sobre-publicidade-de-alimentos-dirigida>>. Acesso em: 13 out. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: ciclos de vida - Brasil e grandes regiões**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

JEFFERY, R.W.; BAXTER, J.; MCGUIRE, M.; LINDE, J. Are fast food restaurants an environmental risk factor for obesity?. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 3, n. 2, 2006.

JOHNS, Paula; CRUZ, Joana Indjaian. **Subsídios fiscais para bebidas açucaradas e o direito à saúde**. Artigo. Gazeta do Povo. 15.08.2018. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/opiniao/artigos/subsidios-fiscais-para-bebidas-acucaradas-e-a-direito-a-saude-7bughz4z6b4mcqotutzksrjua/>>. Acesso em: 19 out. 2019.

KARAGEORGIADIS, Ekaterine. Autorregulação publicitária das empresas do setor alimentício no Brasil. In: HENRIQUES, Isabella; VIVARTA, Veet (orgs.). **A autorregulação da publicidade infantil no Brasil e no mundo**. São Paulo: Editora Verbatim: Instituto Alana, 2017, p.99-159.

KHANDPUR, N. et al. Are front-of-package warning labels more effective at communicating nutrition information than traffic-light labels? A randomized controlled experiment in a Brazilian sample. **Nutrients**, v. 10, n. 6, p. 688, 2018.

KICKBUSCH, I.; ALLEN, L.; FRANZ, C.. The commercial determinants of health. **Lancet Glob Health**. v. 4, n. 12, p. 895–6, 2016.

KNOX, J.H.. **Report of the independent expert on the issue of human rights obligations relating to the enjoyment of a safe, clean, healthy and sustainable environment**, submitted to the twenty-fifth session of the Human Rights Council. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2013. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session25/Documents/A-HRC-25-53_en.doc> . Acesso em: 28 setembro 2019.

KUCHLER F, GOLAN E. Is there a role for government in reducing the prevalence of overweight and obesity? **Choices**, Fall: p. 41–45, 2004. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/227364699_Is_There_a_Role_for_Government_in_Reducing_the_Prevalence_of_Overweight_and_Obesity> . Acesso em 13 dez. 2019.

KUDEL, Ian; et al. The Association between Body Mass Index and Health and Economic Outcomes in Brazil. **Diabetology & Metabolic Syndrome**. 10, n. 20, 2018. Disponível em: <<https://dmsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13098-018-0322-9>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

KUMAR, Seema et al. Review of Childhood Obesity. **Mayo Clinic Proceedings** , Volume 92, Issue 2 , 2016.

LIPOVETSKY, Gilles. Tempo contra tempo, ou a sociedade hipermoderna. In: Lipovetsky, Gilles. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo, Editora Barcarolla, 2004.

LOBSTEIN, Tim; JACKSON-LEACH, Rachel. Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school-age children in 2025. **Pediatric obesity**. 11, p. 321-5, 2016.

LOUZADA, Maria Laura da Costa et al. **Alimentação e saúde: a fundamentação científica do guia alimentar para a população brasileira**. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2019.

LUIZ, Olinda do Carmo; COHN, Amélia. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/08.pdf> > . Acesso em: 7 dez. 2019.

MALTA, D.C.; FRANÇA, E.; ABREU, D.M.X. Mortalidade por doenças não transmissíveis no Brasil, 1990 a 2015, segundo estimativas do estudo de Carga Global de Doenças. Sao Paulo: Med J, v.135, n.3, p.213-221, 2017.

MALUF, Renato S. **Segurança alimentar e nutricional**. 3. ed., Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2011.

MARINHO, Rodrigo César de Oliveira. **Contribuição de intervenção sobre o domínio econômico: Análise dos critérios de constitucionalidade, regra matriz de incidência e princípios constitucionais que moldam a competência para sua instituição**. Dissertação (Mestrado em Direito), PUC/SP. São Paulo, 2009.

MARTÍNEZ, Steele E.; BARALDI, L.G.; LOUZADA, M.L.D.C.; et al.. Ultra-processed foods and added sugars in the US diet: evidence from a nationally representative cross-sectional study. **BMJ Open**. v. 6, issue 3, 2016.

MCKINSEY GLOBAL INSTITUTE. **Overcoming obesity: An initial economic analysis**. Discussion paper. McKinsey & Company, November, 2014.

MEDAUAR, Odete. Poder de Polícia. **Revista de Direito Administrativo**. Rio de Janeiro, n.199, p. 89-96, jan./mar. 1995.

MERCOSUL. **MERCOSUL/GMC/RES. N° 45/17**. Procedimentos para elaboração, revisão e revogação de Regulamentos Técnicos Mercosul e Procedimentos Mercosul de avaliação da conformidade. Disponível em: < http://www.inmetro.gov.br/barreirastecnicas/pdf/acordos/RES_045-2017_Revogacao_revisao_e_elaboracao_de_RTM_Mercosul.pdf >. Acesso em: 2 dez. 2019.

MERCOSUL. **Princípios no Mercosul para a Rotulagem Frontal de Alimentos com Conteúdo Excessivo de Gorduras, Sódio e Açúcares**. MERCOSUL/RMS/ACORDO n° 03/18. 2018.

MERCOSUL. **Recomendação de Políticas e Medidas Regulatórias para a Prevenção e Controle da Obesidade**. MERCOSUL/RMS/ACORDO n° 03/15. 2015.

MÉXICO. Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del Sistema Educativo Nacional. Disponível em: <

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5344984 >. Acesso em: 2 nov. 2019.

MÉXICO. Ley del impuesto especial sobre producción y servicios. Disponível em: < https://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/17e0fb21-14e1-4354-866e-6b13414e2e80/ley_impuesto_especial.pdf >. Acesso em: 2 nov. 2019.

MIALON, M.; SERÔDIO, P.; SCAGLIUSI, F.B. et al. Criticism of the NOVA classification: who are the protagonists. **World Nutrition**, v.9, n.3, p.176-240, 2018.

MIALON, M.; SWINBURN, B.; SACKS, G. A proposed approach to systematically identify and monitor the corporate political activity of the food industry with respect to public health using publicly available information. **Obesity Reviews**, v. 16, p. 519-530, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Regulamentação da Comercialização de Alimentos em Escolas no Brasil: Experiências estaduais e municipais**. Brasília – DF, 2007. Disponível em: < http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/regula_comerc_alim_escolas_exper_estaduais_municipais.pdf >. Acesso em: 18 out. 2019.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE SÃO PAULO vs. EMPRESA PANDURATA ALIMENTOS LTDA (Recurso Especial n. 1.558.086/SP)

MONTEIRO, C.A; CONDE, W.L; POPKIN, B.M. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975–2003. **Am J Public Health**. v. 97, p. 1808–12, 2007.

MONTEIRO, C.A.; CANNON, G.; LAWRENCE, M.; COSTA LOUZADA, M.L.; PEREIRA MACHADO. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. Rome, **FAO**, 2019. Disponível em: < <http://www.fao.org/3/ca5644en/ca5644en.pdf> >. Acesso em: 11 nov. 2019.

MONTEIRO, C.A.; MOUBARAC, J.-C.; CANNON, G. et al. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. **Obes Rev**, v.14, suppl.2, p.21s-28s, 2013.

MONTEIRO, Carlos A. et al. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. **Boletín de la Organización Mundial de la Salud**, vol. 82, nº 12, p. 940-946, diciembre de 2004.

MONTEIRO, Carlos Augusto. The big issue is ultra-processing: the price and value of meals [Comentary]. **World Nutrition**, [S.l.], v.2, n.6, p.271-282, 2011.

MOODIE, R. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. **Lancet**, 381, p. 670–79, 2013.

MORGADO, Cíntia. **O direito administrativo do risco: a nova intervenção estatal sob o enfoque da segurança alimentar**. 1. Ed., Rio de Janeiro: Gramma, 2016.

NACIONES UNIDAS. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) de

las Naciones Unidas. **Observación general Nº 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)**. Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000.

NACIONES UNIDAS. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, **Observación general Nº 14**, (E/C.12/2000/4). Ginebra, 11 ago. 2000, párr. 43 b).

NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación general Nº 16 (2013) sobre las obligaciones del Estado en relación con el impacto del sector empresarial en los derechos del niño (CRC/C/GC/16)**. Aprobada por el Comité en su 62º período de sesiones (14 de enero a 1 de febrero de 2013). Naciones Unidas, 17 de abril de 2013.

NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación General Nº 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24) (CRC/C/GC/15)**. 17 de abril de 2013.

NACIONES UNIDAS. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. **Observación General Nº 4 (2003) La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC/GC/2003/4)**. Naciones Unidas. 21 de julio de 2003.

NACIONES UNIDAS. CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover - Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud. Naciones Unidas (A/HRC/26/31)**. Asamblea General. Español. 1 de abril de 2014.

NOTÍCIAS STF. **STF reconhece direito a creditamento de IPI de insumos da Zona Franca de Manaus**. 25 de abril de 2019 [online]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=409481&caixaBusca=N>. Acesso em 21 de outubro de 2019.

NUNES JR, Vidal Serrano; SOUZA, Adriana Cerqueira de. A discussão legal da publicidade comercial dirigida ao público infantil. In: FONTENELLE, Lais (org.). **Criança e Consumo 10 anos de transformação**. São Paulo: Instituto Alana, 2016.

NUNES, Rizzato. **Comentários ao Código de Defesa do Consumidor**. 2a Ed. , Editora Saraiva, 2005.

O JOIO E O TRIGO. **O começo do fim da farra da indústria de refrigerantes. Ou não**. 4 de junho de 2018. [online]. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/ojoioetrigo/2018/06/o-comeco-do-fim-da-farra-da-industria-de-refrigerantes-ou-nao/>> . Acesso em: 22 out. 2019

OECD. **Obesity Update 2017**. OECD, 2017. Disponível em: <www.oecd.org/health/obesity-update.htm>. Acesso em: 15 jan. 2019.

OLIVEIRA, Juliana Souza et al . ERICA: uso de telas e consumo de refeições e petiscos por

adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 1, 7s, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000200302&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2019.

OLIVEIRA, Phelippe Toledo Pires de. **Soda tax: tributação com propósito de inibir o consume de refrigerantes**. JOTA, Contraditório, [online], 21.05.2018. Disponível em: <<https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/contraditorio/soda-tax-tributacao-com-proposito-de-inibir-o-consumo-de-refrigerantes-21052018>>. Acesso em: 19 out. 2019.

OMS/FAO. **Qué es el codex alimentarius**. Roma, 2018. Disponível em: <<http://www.fao.org/3/CA1176Es/ca1176es.pdf>>. Acesso em: 31 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ASSEMBLEIA GERAL DA ONU. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Adotada em 20 de novembro de 1989.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ASSEMBLEIA GERAL DA ONU. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Adotada pela Resolução n.2.200-A (XXI) da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966 e ratificada pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. **Comentário Geral n. 12 sobre o direito à alimentação adequada (E/C.12/1999/5)**. Genebra, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** 1944. Nova Iorque, 22 de julho de 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**. Genebra: OMS; 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Alimentos e bebidas ultraprocessados na América Latina: tendências, efeito na obesidade e implicações para políticas públicas**. Brasília, DF: OPAS; 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Modelo de Perfil Nutricional da Organização Pan-Americana da Saúde**. Washington, DC: OPAS, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS/BRA. **Relatório da Reunião Técnica de Avaliação Econômica em Saúde com Foco na Obesidade**. Brasília, 11 e 12 de junho de 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes**. 53 Conselho Director. 66a Sessão do Comitê Regional da OMS 3 de outubro de 2014. Original: ingles. Washington, D.C., USA, 2014.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y AGRICULTURA (FAO); ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Preguntas y respuestas sobre la Ley de alimentos**. Santiago, 2018. Disponível em: <

https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&slug=preguntas-y-respuestas-sobre-la-ley-de-alimentos-1&Itemid=1145>. Acesso em: 9 nov. 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 63.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. **Resolución WHA63.14 - Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños**. Octava sesión plenaria - Comisión A, cuarto informe, WHA63/2010/REC/1, Ginebra, 21 de mayo de 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud: marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación**. Ginebra, 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Recomendaciones de la Consulta de Expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños en la Región de las Américas**. OPS, Washington, D.C., 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO. **Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio 1947 (GATT 47)**. Português (Lei 313 de 30/07/48 e alterações posteriores). Disponível em: < <http://www.mdic.gov.br/comercio-exterior/negociacoes-internacionais/1885-omc-acordos-da-omc> > . Acesso em: 5 dez. 2019.

PACE, Ricardo. **Contribuições de intervenção no domínio econômico: direito, economia e política**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2011.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications**. Washington, DC: PAHO, 2015.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Interactive tool for the Plan of Action for the Prevention of Obesity in Children and Adolescents - Midterm review results (2018)**. [on-line]. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14471:obesity-plan-of-action-midterm-review-results-2018&Itemid=40498&lang=en>. Acesso em: 6 nov. 2019.

PAN, L.; BLANCK, H.M.; SHERRY, B.; DALENIUS, K.; GRUMMER-STRAWN, L.M. Trends in the prevalence of extreme obesity among US preschool-aged children living in low-income families, 1998- 2010. **JAMA**.v. 308(24), p. 2563-2565, 2012.

PANAMÁ. Ley N.º75 del 15 de noviembre de 2017 – Ley que establece medidas para promover la alimentación adecuada y estilo de vida saludable en los centros educativos. Disponível em: < <http://www.meduca.gob.pa/sites/default/files/prensa/images/Noviembre2017/Ley7515denoviembrede2017.pdf> >. Acesso em: 2 nov. 2019.

PANAMÁ. Resuelto N.º3623 de 17 de julio de 2017. Disponível em: < <http://www.meduca.gob.pa/sites/default/files/editor/50/RESUELTO3623.pdf> >. Acesso em: 2 nov. 2019.

PAPALIA, D.E.; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Mc Graw Hill/Artmed, 12.ed. 2013.

PARAGUAI. Resolución 16264 de 31 de Julio de 2013. Disponível em: < https://www.mec.gov.py/documentos/documentos_resoluciones/1864?style=original >. Acesso em: 2 nov. 2019.

PASQUALOTTO, Adalberto. Livre-iniciativa deve levar em conta os efeitos sociais da atividade econômica. **Consultor Jurídico** [on line], 20 de maio de 2019. Disponível em: < <https://www.conjur.com.br/2019-mai-20/pasqualotto-livre-iniciativa-efeitos-sociais-atividade-economica> > . Acesso em 2 out 2019.

PEREIRA, Bruno Ramos. **O uso da proporcionalidade no Supremo Tribunal Federal**. São Paulo: Dissertação de Mestrado. (FD-USP), 2009.

PEREIRA, Orlando Petiz. **Importância da intervenção pública na economia de mercado**. Estudios Económicos de Desarrollo Internacional. AEEADE. Vol. 5-1 (2005). Disponível em: < <http://www.usc.es/economet/journals/eedi/eedi515.pdf> >. Acesso em: 20 out. 2019.

PERRY, Ivan J. et al. **What are the estimated costs of childhood overweight and obesity on the island of Ireland?**. Safefood. November, 2017. Disponível em: <<https://www.safefood.eu/SafeFood/media/SafeFoodLibrary/Documents/Publications/Research%20Reports/Cost-of-childhood-obesity-Report.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

PERU. Decreto Supremo N. 012-2018-SA Manual de advertencias publicitarias en el marco de la Ley N. 30021 y Decreto Supremo N.017-2017-SA. Disponível em: < <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aprueban-manual-de-advertencias-publicitarias-en-el-marco-de-decreto-supremo-n-012-2018-sa-1660606-1> >. Acesso em: 2 nov. 2019.

PERU. Decreto Supremo N° 017-2017-SA, Reglamento de la Ley N° 30021. Disponível em: < <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30021-decreto-supremo-n-017-2017-sa-1534348-4/> >. Acesso em: 2 nov. 2019.

PERU. Decreto Supremo N° 091-2018-EF . Disponível em: < https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/40385/DS091_2018EF.pdf >. Acesso em: 2 nov. 2019.

PERU. Ley No 30021 – Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes. Disponível em: < http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/decreto_supremo_30021-13_alimentacion_nna.pdf > . Acesso em: 2 nov. 2019.

PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres; CORSO; Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, 17(4):523-533, ou/dez., 2004.

PISCITELLI, Tathiane. O Brasil na contramão e os incentivos fiscais às bebidas açucaradas. **Valor**, 12.07.19. Disponível em: < <https://www.valor.com.br/legislacao/fio-da>

meada/6340567/o-brasil-na-contramao-e-os-incentivos-fiscais-bebidas-acucaradas> . Acesso em: 21 out. 2019.

RALSTON, Johanna et. al. Time for a new obesity narrative. Comment. **The Lancet**. v. 392, issue 10156, p.1384-1386, October 20, 2018.

RAUBER, F.; CAMPAGNOLO, P.D.; HOFFMAN, D.J.; VITOLO, M.R. Consumption of ultraprocessed food products and its effects on children's lipid profiles: a longitudinal study. **Nutr Metab Cardiovasc Dis**. V. 25, n.1, p. 116–22, 2015.

RBA. Idec critica propostas da Anvisa e propõe melhorias na rotulagem nutricional. 6 outubro 2019. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2019/10/idec-critica-propostas-da-anvisa-e-propoe-melhorias-na-rotulagem-nutricional/>. Acesso em 26 de outubro de 2019.

RICHARD, H. Thaler; SUNSTEIN, Cass R. **Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness**. London: Penguin, 2009, p.5.

RIVA, Gabriela Rodrigues Saab. **O Direito Internacional e os Testes de Medicamentos com Seres Humanos** (Tese de Doutorado). Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SACKS, G.; SWINBURN, B.; LAWRENCE, M. Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. **Obes Rev.**, v.10, p. 76–86, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 8. ed., Porto Alegre: Livraria do Advogado Ed., 2007.

SCHLOEMANN, Hannes. Caso dos pneus: o artigo XX do GATT deixa espaço para políticas nacionais?. [internet]: **Pontes**, Volume 4, N. 1, Feb. 2008. Disponível em: < <https://www.ictsd.org/bridges-news/pontes/news/caso-dos-pneus-o-artigo-xx-do-gatt-deixa-espaco-para-politicas-nacionais> >. Acesso em: 5 de dez. 2019.

SICHERI, Rosely; DO NASCIMENTO, Sileia; COUTINHO, Walmir. The burden of hospitalization due to overweight and obesity in Brazil. **Cad Saude Publica**. Rio de Janeiro, v. 23, n.7, p.1721–7, 2007.

SILVA, Jorge Pereira da. **Deveres do Estado de Proteção de Direitos Fundamentais**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2015.

SILVA, Virgílio Afonso da. **A Constitucionalidade da Restrição da Publicidade de Alimentos e de Bebidas Não Alcoólicas voltada ao Público Infantil**. São Paulo: Instituto Alana, 26 de abril de 2012.

SILVA, Virgílio Afonso da. **Direitos fundamentais: conteúdo essencial, restrições e eficácia**. São Paulo: Malheiros, 2009.

SILVEIRA, Paulo Antônio Caliendo Velloso. **Direito tributário e análise econômica do**

Direito: uma visão crítica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SODRÉ, Marcelo Gomes. **Formação do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

SODRÉ, Marcelo Gomes. Objetivos, Princípios e Deveres da Política Nacional das Relações de Consumo. In: SODRÉ, Marcelo Gomes; MEIRA, Fabíola; CALDEIRA, Fabíola. (Coordenadores). **Comentários ao Código de Defesa do Consumidor.** 1. ed., São Paulo: Editora Verbatim, 2009.

SOUZA, Noa Pereira Prada de; OLIVEIRA; Maria Rita Marques de. O ambiente como elemento determinante da obesidade. **Revista Simbio-Logias**, v.1., n.1, mai/2008.

STUCKLER, D.; MCKEE, M.; EBRAHIM, S.; and BASU, S. Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol, and tobacco. **PLoS medicine** 9, 2012.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Recurso Extraordinário com agravo 1.038.825 São Paulo.** Disponível em: < <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2017/5/art20170515-15.pdf>>. Acesso em: 13 de outubro de 2019.

SWINBURG, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Prevent. Med.**, v. 29, p. 563-570, 1999.

SWINBURN, B.A., et al. The Global Obesity Pandemic: Shaped by Global Drivers and Local Environments. **The Lancet**, v. 378, p. 804-814, 2011.

SWINBURN, Boyd. Et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**. Volume 393, Issue 10173, p. 791-846, Feb 23, 2019.

TAVARES L.F.; FONSECA, S.C.; GARCIA, Rosa M.L.; YOKOO, E.M. Relationship between ultraprocessed foods and metabolic syndrome in adolescents from a Brazilian Family Doctor Program. **Public Health Nutr.** V. 15, n. 1, p. 82-7, 2012.

UNITED NATIONS. **Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (A/RES/66/2).** General Assembly, Sixty-sixth session, 24 January 2012.

UNITED NATIONS. **United Nations Decade of Action on Nutrition (2016-2025) (A/RES/70/259).** Resolution adopted by General Assembly on 1 April 2016. 70/259. General Assembly, **Seventieth session**, 15 April 2016.

URUGUAI. Decreto 272/018. Disponível em: < <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Decreto N%C2%BA 272-018 y Anexos %28Etiquetado de Alimentos%29.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2019.

URUGUAI. Decreto No 60/014. Disponível em: < <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/60-2014> > . Acesso em: 2 nov. 2019

URUGUAI. Ley No 19.140 – alimentación saludable en los centros de enseñanza. Disponível em: < <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/uru154756.pdf> > . Acesso em: 2 nov. 2019.

URUGUAY. **G/TBT/W/614**. Statement by Uruguay to the Committee on technical barriers to trade 6 and 7 march 2019. World Trade Organization. 25 March 2019.

VARELLA, Drauzio. **Obesidade, uma doença?**. Website: Uol, 18 de maio de 2018. Disponível em <<https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/obesidade-uma-doenca/>>. Acesso em: 20 abr. 2019

WORLD CANCER RESEARCH FUND INTERNATIONAL. **NOURISHING** Framwork: Restrict food advertising and other forms of commercial promotion. 2016. Disponível em: < <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Restrict-advertising.pdf> >. Acesso em: 18 Ago 2019.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Global strategy on diet, physical activity and health** (WHA57.17). Fifty-Seventh World Health Assembly. 22 May 2004. Disponível em: < http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf >. Acesso em: 1 dez 2019.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Marketing of food and non-alcoholic beverages to children** (WHA63.14). Sixty-third World Health Assembly. 21 May 2010. Disponível em: < http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R14-en.pdf >. Acesso em: 2 dez 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fact-sheet: Obesity and overweigh**. 16 February 2018. Disponível em: < <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> >. Acesso em: 18 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **Conference Outcome Document: Framework for Action** (ICN2 2014/3 Corr.1). Second International Conference on Nutrition 19-21 November 2014. Rome: October 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **‘Best buys’ and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases - Tackling NCDs** (WHO/NMH/NVI/17.9). WHO: Geneva, Switzerland, 2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases**. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series 916, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020**. Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Nutrition Targets 2025: Childhood Overweight policy brief** (WHO/NMH/NHD/14.6). Geneva: WHO, 2014. Disponível em: < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149021/WHO_NMH_NHD_14.6_eng.pdf?ua >

[=1](#) >. Acesso em 12 set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global School Health Initiatives: Achieving Health and Education Outcomes.** 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259813/WHO-NMH-PND-17.7-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 25 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010.** Geneva: World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline: sodium intake for adults and children.** Geneva: OMS; 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77985/1/9789241504836_eng.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health topics. Nutrition.** Disponível em: <<https://www.who.int/health-topics/nutrition>>. Acesso em 20 de abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Topics. Obesity.** Disponível em: <<https://www.who.int/topics/obesity/en/>>. Acesso em 20 de nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Healthy diet.** 23 Oct 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>>. Acesso em: 12 dez 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International code of marketing of breastmilk substitutes.** [Internet]. Geneva, OMS; 1981. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf>. Acesso em 16 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation plan: executive summary** (WHO/NMH/PND/ECHO/17.1). Geneva: World Health Organization; 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the Commission on Ending Childhood Obesity.** Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 2 dez 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children.** WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Switzerland, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sugars intake for adults and children. Guideline.** WHO/NMH/NHD/15.2 (Executive summary). 2015. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars_intake/en/>. Acesso em: 12 dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Taking Action on Childhood Obesity** (WHO/NMH/PND/ECHO/18.1). World Health Organization. 2018. Disponível em <

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18.1-eng.pdf?ua=1> >. Acesso em: 20 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General addresses Health Promotion Conference.** The 8th Global Conference on Health Promotion in Helsinki. Geneva: World Health Organization. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/dg/speeches/2013/health_promotion_20130610/en/>. Acesso em 24 abr. 2019.

WORLD OBESITY FEDERATION. **Global Obesity Observatory.** Disponível em: <www.worldobesitydata.org>. Acesso em: 15 abr. 2019.

WORLD TRADE ORGANIZATION. **Agreement on Technical Barriers to Trade.**

YUBA, T. Y.; et. al. Evolução dos preços relativos de grupos alimentares entre 1939 e 2010, em São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública.** V. 47, n.3, p. 549-59, 2013.

ZWARG, Vinicius Simony. Aspectos fundamentais da saúde e segurança no CDC. In: SODRÉ, Marcelo Gomes; ALMEIDA, Fabíola Pereira; CALDEIRA, Patrícia (org.). **Comentários ao Código de Defesa do Consumidor.** 1a Ed. São Paulo: Ed. Verbatim, 2009.